

Algemene voorwaarden

REAAL Inkomensverzekering Zakelijk AOVIZo1

Inhoudsopgave	Artikel
Hoofdstuk I - Begripsomschrijvingen	
Definities	1
Hoofdstuk II - Te verzekeren risico	
Strekking van de verzekering	2
Grondslag van de verzekering	3
Maximale omvang van de dekking	4
Indexatie	5
Verhoging van de verzekerde jaarrente	6
Verlenging van de oorspronkelijke eindleeftijd	7
Algemene uitsluitingen	8
Extra uitsluitingen/ beperkingen bij kapitaaluitkering ten gevolge van een ongeval	9
Insluitingen bij kapitaaluitkering ten gevolge van een ongeval	10
Niet-rokerstarief	11
Reïntegratie en kostenvergoeding	12
Zwangerschapsuitkering	13
Regres	14
Verhaalsbijstand	15
Periodiek geneeskundig onderzoek	16
Hoofdstuk III - Schade, schaderegeling en schadevergoeding	
Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	17
De schadevergoeding bij korte termijn risico	18
De schadevergoeding bij lange termijn risico	19
De schadevergoeding bij tijdelijke lange termijn risico	20
Vaststelling van de schadevergoeding	21
Berekening van de schadevergoeding	22
Betaling van de schadevergoeding	23
Verjaring	24
Einde van de schadevergoeding	25
Hoofdstuk IV - Aanvullende dekkingen	
Kapitaaluitkering bij overlijden tengevolge van een ongeval	26
Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit tengevolge van een ongeval.	27
Invloed van bestaande invaliditeit en ziekte	28
Uitkering bij overlijden partner of kind	29
Hoofdstuk V - Premie	
Premievaststelling	30
Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	31
Premiebetaling	32
Hoofdstuk VI - Wijziging van de verzekering	
Wijziging van premie en/of voorwaarden	33
Verplichtingen bij wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en de gevolgen daarvan	34
Verplichtingen bij andere risicowijzigingen	35
Overdracht van rechten	36
Hoofdstuk VII - Einde van de verzekering	
Einde van de verzekering	37
Onopzegbaarheid	38
Hoofdstuk VIII - Slotbepalingen	
Behandeling van klachten	39
Adres	40
Bescherming persoonsgegevens	41
Clausuleblad terrorismedekking	
Voorwaarden Verhaalsbijstand	
Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)	

Hoofdstuk I - Begripsomschrijvingen

1 Definities

1.1 Aanvang van de arbeidsongeschiktheid

De dag waarop de verzekerde zich wegens arbeidsongeschiktheid onder behandeling heeft gesteld van een bevoegd arts.

1.2 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in het verrichten van arbeid. De verzekeraar stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van rapportage(s) van door de verzekeraar aangewezen deskundigen.

1.3 Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep (beroepsarbeidsongeschiktheid)

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

1.4 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde gelegenheid op het verkrijgen van arbeid.

1.5 Begunstigde

Degene aan wie bij overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval wordt uitgekeerd.

1.6 Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde als gevolg van een ongeval. Bij het vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit zal geen rekening worden gehouden met het beroep van de verzekerde.

1.7 Dekkingsverjaardag

De ingangsdatum van een schadevergoeding op grond van deze overeenkomst en iedere datum liggende een vol jaar na deze datum.

1.8 DGA (Directeur-groootaandeelhouder)

Degene die (in)direct houder is van aandelen die ten minste 5% van het geplaatste aandelenkapitaal van de werkgever vertegenwoordigen.

1.9 Eigen risico termijn

De eigen risico termijn is de periode waarover geen recht op schadevergoeding bestaat. Deze termijn vangt aan op de dag volgend op de dag van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan vier weken worden samengeteld. De eigen risico termijn wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

1.10 Gezondheidswaarborgen

Medische gegevens op basis waarvan het ter verzekering aangeboden risico wordt beoordeeld.

1.11 Hoofdpremieveralldag

De premieveralldag die twaalf maanden of een veelvoud daarvan na de ingangsdatum ligt. Op deze datum worden jaarlijkse wijzigingen doorgevoerd.

1.12 Inkomen

Het bruto inkomen van de verzekerde uit tegenwoordige arbeid en/of (het aandeel in) de netto winst uit onderneming voor belastingen.

1.13 Korte termijn risico

Deze dekking gaat vooraf aan het (tijdelijke) lange termijn risico onder aftrek van de eigen risicotermijn. Gedurende deze periode is verzekerd arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3. Deze dekking wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.14 Lange termijn risico

Deze dekking behelst de periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt na afloop van de overeengekomen wachttijd. Gedurende deze periode is arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3 of 1.4 verzekerd. De dekking wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.15 Ondernemer

De belastingplichtige voor rekening van wie een onderneming wordt gedreven en die rechtstreeks wordt verbonden voor verbintenissen betreffende die onderneming. Hieronder wordt mede verstaan de beoefenaar van een zelfstandig beroep.

1.16 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een objectief medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

1.17 Premieveralldag

De dag waarop de premie is verschuldigd.

1.18 Restcapaciteit

Het resterende gedeelte, uitgedrukt in een percentage, ten aanzien waarvan de verzekerde door de verzekeraar niet arbeidsongeschikt is bevonden in de zin van de polis.

1.19 Roken

Het actief inzuigen en uitblazen van tabaksrook direct afkomstig van bijvoorbeeld een sigaar, pijp of sigaret. Niet alleen roken uit gewoonte, maar ook roken als incidentele bezigheid valt onder deze definitie.

1.20 Te verzekeren risico

Inkomensderving als gevolg van de arbeidsongeschiktheid.

1.21 Tijdelijke lange termijn risico

Deze dekking behelst de periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt na afloop van de overeengekomen wachttijd. Gedurende deze periode is arbeidsongeschiktheid op basis van het gestelde in artikel 1.3 of 1.4 verzekerd. De duur en dekking wordt, indien van toepassing, weergegeven op het polisblad.

1.22 Verzekeraar

REAAL Schadeverzekeringen NV, statutair gevestigd te Zoetermeer ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel onder dossiernummer 37010992 en in het Wfd-register van de AFM onder vergunningnummer 12000468.

1.23 Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/of overlijden schadevergoeding wordt verleend, voor zover daarop op grond van de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.

1.24 Verzekerde jaarrente

Het bedrag op basis waarvan de schadevergoeding wordt vastgesteld.

1.25 Verzekeringnemer

Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.

1.26 Wachttijd

De contractueel overeengekomen periode voorafgaand aan het lange termijn risico. De overeengekomen termijn wordt vermeld op het polisblad.

Hoofdstuk II - Te verzekeren risico

2 Strekking van de verzekering

De verzekering heeft ten doel schadevergoeding te verlenen aan de verzekerde bij derving van inkomen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Deze verzekering heeft eveneens tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van zijn arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met in achtneming van het gestelde in artikel 12 (Reïntegratie en kostenvergoeding).

3 Grondslag van de verzekering

3.1

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

3.2

Indien de informatie als bedoeld in artikel 3.1 onjuist of onvolledig blijkt te zijn, heeft de verzekeraar het recht om de gevolgen in te roepen die Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek hem biedt, zoals het opzeggen van de verzekering, het weigeren van de schadevergoeding of het beperken van de hoogte van de schadevergoeding.

3.3

Indien de leeftijd van een verzekerde onjuist is opgegeven, wordt de verzekerde jaarrente en premie met terugwerkende kracht herberekend, mits deze leeftijd binnen de acceptatiegrenzen ligt. Ligt de werkelijke leeftijd buiten de acceptatiegrenzen, dan wordt de verzekeringsovereenkomst alsnog geacht niet tot stand te zijn gekomen.

4 Maximale omvang van de dekking

4.1

De dekking van de verzekerde jaarrente omvat maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren, onder aftrek van de maximale bruto aanspraak op jaarbasis uit hoofde van alle andere verzekeringen en voorzieningen ter zake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.

4.1.1

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst verplicht op verzoek van de verzekeraar een opgave te doen van het inkomen van de verzekerde(n) over de afgelopen drie kalenderjaren, en indien de verzekeraar daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.

Als uit de inkomensopgave blijkt dat het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren zodanig is gedaald dat de verzekerde jaarrente de maximale omvang van de dekking zoals hierboven omschreven overschrijdt, dan heeft de verzekeraar het recht om de verzekerde jaarrente tot de maximale omvang van de dekking te verlagen.

4.1.2

Indien blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de in artikel 4.1 omschreven maximale omvang van de dekking, zal de verzekeraar de verzekerde jaarrente niet wijzigen.

5 Indexatie

5.1

Als uit het polisblad blijkt dat indexatie van de verzekerde jaarrente is overeengekomen, zal de verzekerde jaarrente samengesteld stijgen met het op het polisblad vermelde percentage. De indexatie gaat in op de eerste hoofdpremievervaldag volgend op de ingangsdatum van de dekking en vervolgens ieder jaar op de hoofdpremievervaldag.

5.2

Als uit het polisblad blijkt dat indexatie van de uitkering is overeengekomen, dan zal de verzekerde jaarrente voor het (tijdelijke) lange termijn risico, uitsluitend ten behoeve van het vaststellen van de schadevergoeding, samengesteld stijgen met het op het polisblad vermelde percentage. Dit geldt alleen indien de verzekerde een schadevergoeding op grond van het (tijdelijke) lange termijn risico ontvangt. De indexatie op het (tijdelijke) lange termijnrisico gaat in 2 jaar na de datum waarop verzekerde arbeidsongeschikt is geworden. De indexatie vindt niet plaats als de verzekerde op een dekkingsverjaardag geen schadevergoeding (meer) ontvangt.

5.3

Zodra de verzekerde geen schadevergoeding (meer) ontvangt, vervalt de in artikel 5.2 bedoelde indexatie. De verzekerde jaarrente zal niet worden aangepast aan de jaarrente die bereikt is door indexatie gedurende de periode waarin de in de vorige volzin bedoelde schadevergoeding is uitgekeerd. Alleen in de situatie dat van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis geen sprake is, is verhoging van de verzekerde jaarrente mogelijk.

6 Verhoging van de verzekerde jaarrente

6.1

Verzekeringnemer heeft het recht op de hoofdpremievervaldag de verzekerde jaarrente(n) jaarlijks onder de hierna genoemde voorwaarden te verhogen. Verzekeringnemer kan voor het eerst van

dit recht gebruik maken nadat één jaar na de ingangsdatum is verstreken en vervolgens ieder jaar op de hoofdpremievervaldag.

6.1.1

De verhoging bedraagt jaarlijks maximaal 15% van de verzekerde jaarrente met een maximum van € 7500,- per dekking en rekening houdend met het bepaalde in artikel 6.3.d.

6.1.2

Verzekeringnemer respectievelijk verzekerde is verplicht een opgave te doen van het inkomen over het afgelopen kalenderjaar en, indien verzekeraar daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.

6.1.3

De premie voor het verhoogde deel van de verzekerde jaarrente wordt berekend volgens het premietarief dat geldt voor de dan bereikte leeftijd van verzekerde.

6.1.4

Bijzondere voorwaarden (clausules, uitsluitingen, premietoeslag) die al van toepassing zijn op de verzekering zijn ook van toepassing op de verhoging.

6.1.5

De verhogingspercentages per verzekerde jaarrente voor het korte termijnrisico en het lange termijnrisico hoeven niet aan elkaar gelijk te zijn.

6.1.6

Indien meer verzekerden op een polis zijn verzekerd, hoeft het verhogingspercentage per verzekerde niet aan elkaar gelijk te zijn.

6.2

Geen recht op verhoging van de verzekerde jaarrente bestaat indien: a verzekeringnemer niet binnen dertig dagen na de hoofdpremievervaldag aan verzekeraar kenbaar heeft gemaakt hiervan gebruik te willen maken;

b verzekerde op de datum waarop een recht op verhoging bestaat geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.2; c verzekerde in de periode van zes maanden onmiddellijk voorafgaand aan de datum waarop een recht op verhoging bestaat geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest.

6.3

De verhogingsoptie vervalt per de datum waarop:

- a verzekerde de leeftijd van 50 jaar heeft bereikt;
- b verzekeringnemer voor de zesde achtereenvolgende keer geen of niet tijdig gebruik heeft gemaakt van het verhogingsrecht;
- c de verzekeringnemer een premiebetalingsachterstand van 3 maanden heeft;
- d de verzekerde jaarrente een bedrag van € 70.000,- heeft bereikt in het geval er sprake is van indexatie van de verzekerde jaarrente of een bedrag van € 90.000,- heeft bereikt in het geval er geen sprake is van indexatie van de verzekerde jaarrente.

6.4

Zodra de verzekeraar het in artikel 6.3.d genoemde bedrag verhoogt, geldt het verhoogde bedrag voor de toepassing van de verhogingsoptie.

7 Verlenging van de oorspronkelijke eindleeftijd

7.1

Verzekeringnemer heeft éénmalig het recht op de hoofdpromongatiedatum de oorspronkelijk overeengekomen einddatum van de verzekering onder de hierna genoemde voorwaarden te verlengen met maximaal vijf jaar met in achtneming van de acceptatiegrenzen.

7.2

De premie voor de verlenging wordt berekend volgens het premietarief dat geldt voor de dan bereikte leeftijd van verzekerde.

7.3

Geen recht op verlenging bestaat, indien:

- a verzekerde niet binnen 30 dagen na de hoofdpremievervaldatum aan REAAL Verzekeringen kenbaar heeft gemaakt hiervan gebruik te willen maken;
- b verzekerde op de datum waarop een recht op verlenging bestaat, (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.2;
- c verzekerde gedurende zes maanden onmiddellijk voorafgaand aan de datum waarop een recht op verlenging bestaat, geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geweest;

d de oorspronkelijke overeengekomen eindleeftijd van verzekerde niet kan worden verlengd met in totaal vijf jaar in verband met de voor de verzekering geldende maximale eindleeftijd van de verzekerde.

7.4

Het recht op verlenging vervalt:

- a per de datum waarop verzekerde de leeftijd van 45 jaar heeft bereikt;
- b zes jaar na de ingangsdatum van de verzekering.

8 Algemene uitsluitingen

8.1

Geen schadevergoeding wordt verleend bij arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/ of overlijden welke is ontstaan, bevorderd of verergerd:

- a door opzet of roekeloosheid van de verzekerde of een bij de schadevergoeding 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, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
- c door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen, anders dan op medisch voorschrift. Als de bedoelde middelen op voorschrift van een arts zijn verstrekt, dient het gebruik overeen te komen met het voorschrift dat de arts heeft verstrekt en dient de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing te houden;
- d door ongevallen die de verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel van een motorrijwiel waarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven.

8.2

Tevens wordt geen schadevergoeding verleend bij arbeidsongeschiktheid, blijvende invaliditeit en/ of overlijden welke is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

- a een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden.
Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der 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 muiterij, 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.

8.3

Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op schadevergoeding. Dit betekent in elk geval dat geen recht op schadevergoeding bestaat tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

8.4

Voorts wordt geen schadevergoeding verleend voor arbeidsongeschiktheid welke is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot 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, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

8.5

Geen schadevergoeding wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid die al bestaat op de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsdekking bij de verzekeraar.

8.6

Geen schadevergoeding wordt verleend voor toename van al op de ingangsdatum van de verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid, indien de toename het directe of indirecte gevolg is van of verband houdt met dezelfde oorzaak als die van de op de ingangsdatum van de verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid.

8.7

Er zal geen schadevergoeding worden verleend als blijkt dat verzekerde drager is van een virus en daardoor zijn werkzaamheden niet mag uitvoeren, terwijl hij overigens wel arbeidsgeschikt is. Deze uitsluiting zal niet gelden als verzekerde kan aantonen dat hij preventief was ingeënt tegen het bewuste virus.

8.8

Indien en voorzover deze verzekering dekking biedt, wordt voor schaden en/of ongevallen die voortvloeien uit of verband houden met terrorisme uitsluitend dekking verleend op basis van het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Het Clausuleblad is aan het einde van deze voorwaarden weergegeven.

9 Extra uitsluitingen/ beperkingen bij kapitaaluitkering ten gevolge van een ongeval

9.1

Van deze dekking zijn, naast de in artikel 8 genoemde uitsluitingen, eveneens uitgesloten ongevallen die de verzekerde zijn overkomen:

- a in verband met het door de verzekerde opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- b bij vechtpartijen of andere gewelddadige acties en waagstukken, behalve bij een poging tot redden van mensen, dieren of goederen en bij rechtmatige (zelf)verdediging of bij afwending van dreigend gevaar;
- c als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50cc of meer;
- d als gevolg van het gebruik maken van een motorvliegtuig anders dan als passagier;
- e door deelneming aan of voorbereiding van snelheidswedstrijden of recordpogingen met voer- en vaartuigen, rijwielen, paarden en luchtvaartuigen;
- f waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;
- g tijdens vrijheidsberoving door een overheidsinstantie;
- h als gevolg van een ziekelijke toestand of als gevolg van lichamelijke of geestelijke afwijkingen van de verzekerde, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor de verzekeraar op grond van deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is;
- i als gevolg van psychische aandoeningen, van welke oorzaak ook;
- j als gevolg van door de verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder deze verzekering gedekt ongeval, dat deze behandeling noodzakelijk maakte;
- k tijdens sportbeoefening anders dan als onbetaald amateur;
- l als de blijvende invaliditeit is veroorzaakt door een ongeval ten gevolge van beroepsmatige machinale bewerking van hout, metaal, steen en/of kunststof, bestaat slechts aanspraak op 50% van de hoogte van de kapitaaluitkering als bedoeld in artikel 27;
- m ten aanzien van een verzekerde die een bril of lenzen van -7,5 of

sterker draagt, wordt bepaald, dat ter zake van het loslaten van het netvlies van één oog of beide ogen en de gevolgen daarvan nimmer enige uitkering zal geschieden, tenzij door zodanig geweld rechtstreeks op het oog (de ogen), zonder afwijking in bouw en brekend vermogen, redelijkerwijs netvliesloslating mocht worden verwacht.

9.2

Uitgesloten danwel geen recht op uitkering bestaat ingeval van ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleï pulposi), krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, peri-arthritis humeroscapularis, huidletsel door wrijving tegen een hard voorwerp, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis).

10 Insluitingen bij kapitaaluitkering ten gevolge van een ongeval

Onder ongeval in de zin van deze polis wordt tevens verstaan:

- a acute vergiftiging als gevolg van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen, en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;
- b verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte en bevriezing;
- c uitputting, verhongering, verdorping en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;
- d wondinfectie of bloedvergiftiging als direct gevolg van een ongeval;
- e besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mens, dier of goederen;
- f het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen;
- g complicaties of verergering van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling;
- h verstuijing, ontwrichting en scheuring van spier- of peesweefsels, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen.

11 Niet-rokerstarief

11.1

De verzekeringnemer heeft recht op het niet-rokers tarief indien de verzekerde voor de aanvang van de verzekeringsovereenkomst verklaart niet te roken, geen andere nicotinehoudende middelen te gebruiken en ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt en geen andere nicotinehoudende middelen te hebben gebruikt.

11.2

De verzekeringnemer die bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst geen recht heeft op het niet-rokers tarief, kan alsnog recht verkrijgen op het niet-rokers tarief zodra er ten minste 24 maanden verstreken zijn nadat de verzekerde is gestopt met roken. Hiertoe dient de verzekeringnemer na afloop van die periode een door de verzekerde ondertekende verklaring te overleggen waarin de verzekerde verklaart niet te roken, geen andere nicotinehoudende middelen te gebruiken en ook in de 24 maanden direct voorafgaand aan de ondertekening van de verklaring niet te hebben gerookt en geen andere nicotinehoudende middelen te hebben gebruikt. Het niet-rokers tarief zal per eerstkomende hoofdpremieervaldag na ontvangst van deze verklaring ingaan.

11.3

De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar onmiddellijk schriftelijk melding te doen van het feit dat de verzekerde (opnieuw) met roken is begonnen. De verzekeraar zal de premie aanpassen per de eerstkomende hoofdpremieervaldag nadat de verzekerde (opnieuw) met roken is begonnen.

12 Reïntegratie en kostenvergoeding

12.1

De verzekeraar vergoedt, indien hij hiervoor vooraf zijn goedkeuring heeft verleend, de kosten die zijn verbonden aan revalidatie en her- of omscholing gericht op herdeelname aan het arbeidsproces, voor zover niet elders recht op vergoeding bestaat. De vergoeding geschiedt boven de schadevergoeding voor arbeidsongeschiktheid. Het gaat hierbij om de vergoeding van kosten die niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

12.2

Indien de verzekerde vanwege zijn arbeidsongeschiktheid reïntegreert in een ander beroep dan het verzekerde beroep, dan heeft hij de keuze om de verzekering te beëindigen of de verzekering met vermelding van het nieuwe beroep, te laten voortbestaan, voor zover dit binnen de op dat moment geldende acceptatierichtlijnen van de verzekeraar aanvaardbaar is. Indien de verzekerde in een ander beroep dan het verzekerde beroep weer gaat deelnemen aan het arbeidsproces, zal de verzekeraar geen voorbehoud maken ten aanzien van het opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een schadevergoeding werd verleend.

12.3

Indien de verzekerde andere bedragen wenst te verzekeren, kunnen wel gezondheidswaarborgen vereist zijn voor het meerdere boven de oorspronkelijke verzekerde bedragen.

12.4

Mocht de verzekerde binnen één jaar na aantekening van het nieuwe beroep opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een schadevergoeding werd verleend, dan zal de schadevergoeding op grond van het lange termijn risico onmiddellijk weer worden verstrekt, waarbij geen wachttijd in acht wordt genomen. De verzekeraar zal, indien er recht op schadevergoeding bestaat, deze hervatten op basis van het dan geldende arbeidsongeschiktheidspercentage en op basis van de jaarrente waarop de laatstgenoten schadevergoeding werd verleend.

13 Zwangerschapsuitkering

13.1

Verzekerde heeft recht op een zwangerschapsuitkering van 16 weken, zonder aftrek van de eigen risico termijn, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- zowel het korte termijn risico en (tijdelijke) lange termijn risico is verzekerd;
- de eigen risico termijn voor het korte termijn risico is ten hoogste 30 dagen;
- de uitgerekende bevallingsdatum ligt niet eerder dan twee jaar na de ingangsdatum van alle risico's.

13.2

Voor de berekening van de uitkering wordt de verzekerde jaarrente voor arbeidsongeschiktheid in het eerste jaar op 100% gesteld. Verhogingen van de verzekerde jaarrente van het korte termijn risico en/of verkortingen van de wachttijd voor het korte termijn risico gedurende twee jaar voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum, zullen buiten beschouwing gelaten worden. De uitkering gaat in 8 dan wel 6 weken (naar keuze) voor de uitgerekende datum van de bevalling. Hierbij dient een schriftelijke verklaring van een arts of verloskundige te worden overlegd waaruit de uitgerekende bevallingsdatum blijkt. Eindigt de zwangerschap voor de 25e week, dan bestaat er geen recht op uitkering.

13.3

Op de uitkering wordt in mindering gebracht het bedrag dat verzekerde ontvangt vanwege rechten op een bevallingsuitkering op grond van enige wettelijke regeling. Indien in de periode waarin het recht op een zwangerschapsuitkering ontstaat eveneens aanspraak gemaakt kan worden op een uitkering uit hoofde van artikel 18 zal gedurende deze periode ten hoogste recht bestaan op een uitkering gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente voor het korte termijn risico.

14 Regres

14.1

Is een derde partij betrokken bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, dan dient de verzekeringnemer binnen drie maanden na het ontstaan hiervan melding te doen aan de verzekeraar.

14.2

Is er sprake van een schade welke op een derde is te verhalen, dan is de door de verzekeraar gedane schadevergoeding aan de verzekeringnemer een voorschot.

14.3

Slaagt de verzekeringnemer geheel of gedeeltelijk in het verhalen van de schade, dan is de verzekeringnemer verplicht om het verhaalde bedrag tot maximaal de hoogte van het voorschot aan de verzekeraar te voldoen. Slaagt de verzekeringnemer niet in het verhalen van de schade, of onderneemt deze geen actie om de schade te verhalen, dan is de verzekeringnemer verplicht om de verzekeraar alle informatie te verschaffen waarmee de verzekeraar in staat is om de schade te verhalen bij de betrokken derde. Indien vereist en zodra de verzekeraar daarom vraagt, zal verzekeringnemer de vordering overdragen aan de verzekeraar.

15 Verhaalsbijstand

De verzekerde heeft recht op verhaalsbijstand zoals omschreven in het clausuleblad 'Voorwaarden verhaalsbijstand Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)'. Het clausuleblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven. Deze verhaalsbijstand zal worden uitgevoerd door DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam.

16 Periodiek geneeskundig onderzoek

Op de derde hoofdpremievervaldag en vervolgens om de drie jaar heeft de verzekerde het recht zich door een arts, niet zijnde een specialist, te laten onderzoeken. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar. Over het resultaat van dit onderzoek wordt aan de verzekeraar geen informatie verstrekt.

Hoofdstuk III - Schade, schaderegeling en schadevergoeding

17 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

17.1

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, alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen. De verzekerde is verplicht al het mogelijke te doen om terugkeer in het arbeidsproces te bewerkstelligen;
- b zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigen risicotermijn en/of de wachttijd of, indien deze termijn langer is dan dertig dagen, binnen dertig dagen aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;
- c zich desgevraagd 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, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
- d alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of aan door hem aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen;
- e geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de schadevergoeding van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven;
- f de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;
- g zijn mogelijkheden tot reïntegratie te laten onderzoeken, indien de verzekeraar hierom vraagt. De verzekerde dient zijn volledige

medewerking aan dit onderzoek, alsmede aan een aangeboden reïntegratietraject te verlenen;

h (het voornemen van) het wijzigen of staken van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden aan de verzekeraar.

17.2

De verzekeringnemer is gehouden de genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

17.3

Geen recht op schadevergoeding bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.

18 De schadevergoeding bij korte termijn risico

Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3, voorziet deze verzekering in een schadevergoeding wegens arbeidsongeschiktheid. Deze schadevergoeding geschiedt voor maximaal 52 weken. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld. Bij de vaststelling van de periode van 52 respectievelijk 4 weken tellen perioden, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling zoals genoemd in artikel 13 van deze voorwaarden wordt ontvangen, niet mee. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen eigen risico termijn.

19 De schadevergoeding bij lange termijn risico

Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3 of artikel 1.4, voorziet deze verzekering in een schadevergoeding wegens arbeidsongeschiktheid. De schadevergoeding gaat in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd.

20 De schadevergoeding bij tijdelijke lange termijn risico

20.1

Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3 of artikel 1.4, voorziet deze verzekering in een schadevergoeding wegens arbeidsongeschiktheid. De schadevergoeding gaat in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, samengeteld. De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd zoals vermeld op het polisblad.

20.2

De schadevergoeding betreffende deze dekking geschiedt, onafhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid, voor de duur van ten hoogste het op het polisblad aangegeven aantal jaren. Deze dekking komt te vervallen zodra de op het polisblad aangegeven schadevergoedingsduur geheel is doorlopen. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar binnen twee jaar opvolgen samengeteld, ongeacht de mate van arbeidsongeschiktheid in deze perioden.

21 Vaststelling van de schadevergoeding

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de schadevergoeding worden door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van door hem aangewezen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens, aan verzekeringnemer mededeling gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen drie maanden zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden.

22 Berekening van de schadevergoeding

22.1

Indien sprake is van arbeidsongeschiktheid, is verzekerd een van dag tot dag verkregen periodieke schadevergoeding die periodiek wordt uitbetaald, welke bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt. Bij toename van het arbeidsongeschiktheidspercentage tijdens de schadevergoedingsduur ligt, tussen de dag waarop de toename door de verzekeraar wordt vastgesteld en de dag met ingang waarvan de verzekeraar de schadevergoeding verhoogt, een periode van maximaal vier weken.

22.2

De schadevergoeding 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 t/m 100 %: 100 % van de verzekerde jaarrente.

22.3

Als na de aanvang van en gedurende de arbeidsongeschiktheid blijkt, dat het totaal aan inkomen en periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid meer bedraagt dan het toetsingsinkomen, heeft de verzekeraar het recht het meerdere in mindering te brengen op de schadevergoeding op grond van deze verzekering. Onder periodieke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid wordt verstaan een periodieke betaling, die voorziet in een schadevergoeding terzake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid.

22.4

Onder toetsingsinkomen wordt verstaan het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

22.5

Het vastgestelde toetsingsinkomen zal op de eerste hoofdpremie-vervaldatum volgend op de aanvang van de arbeidsongeschiktheid en vervolgens ieder jaar op de hoofdpremie-vervaldatum samengesteld stijgen met 3%.

22.6

Bij berekeningen als bedoeld in dit artikel wordt uitgegaan van bruto bedragen. Bruto bedragen zijn bedragen vóór aftrek van belastingen en premies.

22.7

De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid: indien en voor zolang de mate van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op basis van 'beroepsongeschiktheid', zich gedurende de arbeidsongeschiktheid te onthouden van het uitoefenen van een ander beroep (dan het verzekerde beroep) waarmee inkomen wordt verkregen, tenzij de maatschappij hiermee schriftelijk heeft ingestemd.

23 Betaling van de schadevergoeding

De berekening van de door de verzekeraar uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van een maand. De uitbetaling aan de verzekerde, tenzij anders overeengekomen en vermeld op het polisblad, vindt zo spoedig mogelijk achteraf plaats.

24 Verjaring

Ieder recht ten opzichte van de verzekeraar terzake van een vordering verjaart na het verstrijken van een periode van drie jaar na aanvang van de dag volgende op die waarop de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer, verzekerde of de begunstigde binnen die drie jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

25 Einde van de schadevergoeding

25.1

De schadevergoeding eindigt:

- a op de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van de polis;

b voor wat betreft het tijdelijke lange termijn risico: na het verstrijken van de op het polisblad vermelde uitkeringsduur;

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

d op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het in artikel 37 bepaalde;

e bij overlijden van de verzekerde:

In dit geval zal de schadevergoeding worden voortgezet gedurende 2 maanden na de maand van overlijden. Indien de verzekerde tevens verzekeringnemer was, geschieden de betalingen na overlijden aan de begunstigde;

f wanneer de verzekeringnemer of verzekerde zijn verplichtingen op grond van deze verzekering niet nakomt en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.

25.2

Elk recht op schadevergoeding vervalt, indien de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken, alsmede in geval van fraude.

Hoofdstuk IV - Aanvullende dekkingen

26 Kapitaaluitkering bij overlijden tengevolge van een ongeval

26.1

Als deze extra dekking is verzekerd, staat dit op het polisblad vermeld. Als dit niet het geval is, dan bestaat er geen recht op uitkering op grond van dit artikel.

26.2

Als de verzekerde door een ongeval overlijdt, keert de verzekeraar eenmalig een bedrag van € 50.000,- uit. Indien de verzekeraar voor hetzelfde ongeval reeds een uitkering heeft verleend wegens blijvende invaliditeit dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden. Als de reeds verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is geweest dan de uitkering bij overlijden zal de verzekeraar het verschil niet terugvorderen.

26.3.1

Indien niet anders op de polis is aangetekend, geldt voor de kapitaaluitkering bij overlijden de navolgende begunstiging:

1. de verzekeringnemer;
2. degene die op het moment van overlijden van de verzekerde de echtgenoot/echtgenote of geregistreerd partner, zoals omschreven in het Burgerlijk Wetboek, is van de verzekerde;
3. de kinderen van de verzekerde, ieder voor een gelijk deel;
4. de erfgenamen van de verzekerde, in verhouding tot de mate waarin zij gerechtigd zijn tot de nalatenschap van de verzekerde.

26.3.2

Hoger genummerde begunstigten komen alleen dan in aanmerking indien alle lager genummerde begunstigten ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden.

26.3.3

Gelijkgenummerde begunstigten komen gezamenlijk in aanmerking voor de kapitaaluitkering. In dat geval is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.

26.3.4

Indien de nalatenschap van verzekerde overeenkomstig de wet aan de Staat vervalt, wordt geen uitkering krachtens deze verzekering gedaan. Ook zal geen uitkering plaatsvinden indien de verzekerde failliet is of er een schuldsaneringsregeling op hem van toepassing is.

26.3.5

Degene die het overlijden van de verzekerde door zijn opzettelijk handelen of nalaten heeft veroorzaakt of daaraan opzettelijk heeft meegewerkt, kan geen rechten ontnemen aan de verzekering noch kan hij op enige andere grond aanspraak maken op een uitkering. Een begunstigde die het overlijden van de verzekerde aldus heeft bewerkstelligd, verliest zijn hoedanigheid van begunstigde. Van een dergelijk handelen of nalaten is in ieder geval sprake bij een onherroepelijke veroordeling wegens het opzettelijk veroorzaken van het overlijden van de verzekerde.

26.3.6

De verzekeringnemer heeft het recht zo lang de verzekerde(n) in leven is/zijn de begunstiging te wijzigen. Voor de wijziging van de begunstigde gedurende de looptijd van de verzekering worden mutatiekosten in rekening gebracht.

27 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit tengevolge van een ongeval.

27.1

Als deze extra dekking is verzekerd, staat dit op het polisblad vermeld. Als dit niet het geval is, dan bestaat er geen recht op uitkering op grond van dit artikel.

27.2

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag van € 100.000,-.

27.3

Indien de verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit overlijdt, anders dan door het ongeval, blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve mate van (functie)verlies, indien de verzekerde in leven zou zijn gebleven.

27.4.1

Het percentage van de blijvende invaliditeit wordt door middel van medisch onderzoek in Nederland en/of aan de hand van verkregen medische gegevens vastgesteld volgens objectieve maatstaven, en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) en supplementen uitgegeven door Nederlandse verenigingen van medische specialisten. Er zal bij de vaststelling van de blijvende invaliditeit geen rekening worden gehouden met het beroep van de verzekerde.

27.4.2.1

Aan de hand van het door de medicus bepaalde percentage van het (functie)verlies wordt een uitkeringspercentage vastgesteld. Voor de hierna genoemde gevallen geschiedt de uitkering volgens het daarbij vermelde percentage van het voor deze dekking verzekerde bedrag.

Bij het volledige functieverlies van:

Het gehele gezichtsvermogen van beide ogen	100%
Het gezichtsvermogen van één oog	40%
(Indien krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor één oog): het andere oog	60%
Het gehoorvermogen van beide oren	60%
Het gehoorvermogen van één oor	25%
(Indien krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor één oor): het andere oor	35%
Een arm tot in het schoudergewricht	75%
Een arm tot in het ellebooggewricht	70%
Een hand	65%
Een duim	25%
Een wijsvinger	15%
Een middel- of ringvinger	12%
Een pink	10%
Een been tot in het heupgewricht	75%
Een been tot in het kniegewricht	65%
Een voet	50%
Een grote teen	15%
Een andere teen dan de grote teen	5%
Reuk en/of smaak	5%
Een nier	20%
De milt	10%

27.4.2.2

In elk van de hiervoor vermelde gevallen geldt het genoemde percentage als maximum, zowel voor één ongeval als voor meerdere ongevallen tijdens de duur van de verzekering tezamen;

27.4.2.3

In geval van blijvend gedeeltelijk (functie)verlies van een hierboven omschreven lichaamsdeel of orgaan, wordt een evenredig deel van het desbetreffende vermelde percentage uitgekeerd.

27.4.2.4

Bij vaststelling van het post-whiplash syndroom of het postcommotioneel syndroom volgens de richtlijnen zoals deze zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, zal maximaal 8% van het verzekerd bedrag wordt uitgekeerd.

27.4.2.5

Voor gedeeltelijk verlies van reuk en/of smaak wordt geen uitkering verleend.

27.4.2.6

In geval van gelijktijdig (functie)verlies van:

- van verschillende hierboven omschreven lichaamsdelen en/of organen, wordt de uitkering vastgesteld door optelling van de afzonderlijke percentages. Er zal echter nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag worden uitgekeerd;
- meer dan één vinger van dezelfde hand, wordt niet meer uitgekeerd dan voor (functie)verlies van de gehele hand.

27.4.2.7

Bij (functie)verlies van niet hierboven genoemde lichaamsdelen, organen en dergelijke, wordt het uitkeringspercentage afgestemd op de mate van blijvend (functie)verlies, die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

27.4.2.8

Bij vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreekse gevolg zijn van een door het ongeval veroorzaakte blijvende hersenweefselbeschadiging.

27.4.2.9

Indien als direct gevolg van een ongeval beschadiging ontstaat aan tenminste 2 tanden of kiezen of aan de gebitsprothese, in het laatste geval uitsluitend indien medische behandeling van de mond of de mondinhoud noodzakelijk is, worden de kosten verbonden aan tandheelkundige dan wel tandtechnische behandeling vergoed tot een maximum van 2_% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

27.4.3

Indien tijdens de duur van deze verzekering de verzekerde voor één of meer ongevallen aanspraak maakt op een uitkering, zal de som van alle uitkeringen het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag van € 100.000,- nooit te boven gaan.

27.4.4

De vaststelling van het percentage blijvende invaliditeit geschiedt, zodra redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de gezondheidstoestand van de verzekerde vrijwel geen relevante verandering meer zal komen, maar in ieder geval binnen 2 jaren na de dag van het ongeval, tenzij tussen de verzekerde en de verzekeraar anders wordt overeengekomen. In dat laatste geval kan de verzekeraar de verzekerde tegemoet komen met een voorschot.

28 Invloed van bestaande invaliditeit en ziekte

28.1

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

28.2

De beperking onder artikel 28.1 is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor de verzekeraar reeds op grond van deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

28.3

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

28.4

Indien reeds vóór een ongeval een (functie)verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

29 Uitkering bij overlijden partner of kind

29.1

In het geval van overlijden van de echtgenoot/ echtgenote, geregistreerde partner of een kind van verzekerde wordt een uitkering verleend ter hoogte van zeven dagen volledige arbeidsongeschiktheid.

29.2

Als echtgenoot/ echtgenote wordt tevens beschouwd de niet geregistreerde partner van de verzekerde die met verzekerde direct voorafgaande aan diens overlijden blijkt de basisadministratie persoonsgegevens op hetzelfde adres staat ingeschreven, geen bloedverwant in de rechte lijn is van de verzekerde en met verzekerde een wederzijdse zorgplicht is aangegaan welke is vastgelegd in een notarieel samenlevings-contract.

29.3

Onder kind wordt verstaan: het kind waarmee verzekerde in familierechtelijke betrekking staat in de zin van het Burgerlijk Wetboek, dan wel het pleegkind voor wie verzekerde als pleegouder de zorg voor het onderhoud en de opvoeding draagt alsof het een eigen kind is en voorzover dit kind:

- a tot het huishouden van verzekerde behoort;
- b de leeftijd van 21 jaar nog niet heeft bereikt;
- c ongehuwd is en geen geregistreerde partner is in de zin van het Burgerlijk Wetboek.

29.4

Indien zowel het korte termijnrisico als het lange termijnrisico is verzekerd bedraagt de uitkering 7/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente van het korte termijnrisico. In het geval dat uitsluitend het lange termijnrisico is verzekerd bedraagt de uitkering 7/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente van het lange termijnrisico.

29.5

In geval het overlijden van de echtgenoot/ echtgenote en /of het kind van verzekerde leidt tot daadwerkelijke arbeidsongeschiktheid van verzekerde, welke voortduurt tot na het verstrijken van de overeengekomen eigen risicotermijn, zal de in artikel 29.1 genoemde uitkering niet worden ingehouden op de uitkeringen in verband met deze arbeidsongeschiktheid.

Hoofdstuk IV - Premie

30 Premievaststelling

30.1

Wanneer de dekking is gesloten tegen risicotarief, wordt de premie jaarlijks opnieuw vastgesteld per hoofdpremievervaldag op grond van de dan geldende leeftijd van de verzekerde en de verzekerde jaarrente.

30.2

Wanneer de dekking is gesloten tegen standaardtarief, dan wordt vanaf de ingangsdatum van de verzekering de premie niet aangepast voor de verzekerde jaarrente die vanaf de ingangsdatum verzekerd is, behalve als er sprake is van een premieaanpassing op grond van artikel 33. Wanneer de verzekerde jaarrente na de ingangsdatum van de verzekering wordt verhoogd, geldt voor de verhoging van de verzekerde jaarrente een nieuw standaardtarief.

30.3

Wanneer de dekking is gesloten tegen combinatietarief, wordt de premie jaarlijks aangepast aan de dan bereikte leeftijd. Vanaf de omslagleeftijd zal de premie een gelijkblijvend karakter hebben zoals beschreven in artikel 30.2. Vanaf welke leeftijd het standaardtarief wordt gehanteerd, is bij het aangaan van de verzekering aan de verzekeringnemer kenbaar gemaakt.

31 Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Op voorwaarde dat (één van) de verzekerde(n) arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 1.3 of artikel 1.4, wordt voor de arbeidsongeschikte verzekerde premievrijstelling verleend conform het vastgestelde schadevergoedingspercentage. In het geval van twee verzekerden op één polis, zal de premie voor de niet-arbidsongeschikte verzekerde, inclusief poliskosten, op de gebruikelijke wijze in rekening worden gebracht. De premievrijstelling vangt standaard aan na 1 jaar arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 1.3 of artikel 1.4. De premievrijstelling wordt na afloop van dit jaar toegepast op de premie van het korte termijn risico, de premie van het (tijdelijke) lange

termijn risico, de premie van de optioneel meeverzekerde kapitaaluitkering bij overlijden tengevolge van een ongeval en de premie van de optioneel meeverzekerde kapitaaluitkering bij blijvend (functie)verlies tengevolge van een ongeval.

32 Premiebetaling

32.1

De (voorlopige) premie is bij vooruitbetaling verschuldigd op de premievervaldag.

32.2

Indien de premie binnen een termijn van dertig dagen na de premievervaldag niet is voldaan, stelt de verzekeraar de verzekeringnemer daarvan schriftelijk in kennis. In deze kennisgeving wordt de verzekeringnemer de mogelijkheid geboden om de achterstallige premie binnen veertien dagen te voldoen. In de kennisgeving dienen de gevolgen van het niet tijdig voldoen van de premie te worden vermeld, zoals opschorting of beëindiging van de dekking.

32.3

Als de betaling vervolgens niet binnen deze termijn van veertien dagen heeft plaatsgevonden, zal de verzekeraar de dekking opschorten en/of beëindigen. In die gevallen blijft de verzekeringnemer verplicht de tot de beëindigingsdatum van de verzekering verschuldigde premie en kosten te voldoen.

32.4

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.

32.5

De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door haar verschuldigde schadevergoedingen aan de verzekerde te verrekenen met openstaande premietermijnen.

32.6

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.

Hoofdstuk V - Wijziging van de verzekering

33 Wijziging van premie en/of voorwaarden

33.1

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 hiertoe, 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.

33.2

Voor die verzekeringen onder welke een schadevergoeding wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar bepaalde datum. Echter de wijziging van de voorwaarden zal van kracht worden, zodra de schadevergoeding is beëindigd.

33.3

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.

33.4

De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen indien:

- 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 gelijkblijvende premie inhoudt;
- d de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde berekenen van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
- e de wijziging van de premie voortvloeit uit een vooraf overeengekomen jaarlijkse premieaanpassing;

f de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van de verzekerde jaarrente.

34 Verplichtingen bij wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en de gevolgen daarvan

34.1

Als de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep wijzigt of ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen, dan wel indien de aard en/of de omvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, dient de verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde de verzekeraar hiervan onmiddellijk op de hoogte te stellen.

34.2

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen dan wel op verzoek van de verzekerde gedurende maximaal een jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een minimaal premiebedrag in rekening te brengen, indien anders dan ten gevolge van door de verzekeraar vastgestelde arbeidsongeschiktheid, de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt het op het polisblad vermelde beroep daadwerkelijk uit te oefenen. Hieronder wordt mede verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een door de verzekeraar vastgestelde restcapaciteit. In het geval van opschorting van de dekking wordt deze weer van kracht indien de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep weer uitoefent. Als de verzekerde voor afloop van deze periode het op het polisblad vermelde 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.

34.3

Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aard en/of de omvang van de aan dat beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, zal de verzekeraar beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien dit het geval is heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen. Dit recht heeft de verzekeraar ook bij het van kracht worden van de dekking na opschorting.

34.4

Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen een jaar 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.

34.5

Als verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de verandering van de aard en/of de omvang van de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de verzekeraar, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Als er geen sprake is van een risicoverzwaaringsinhoudt blijft het recht op schadevergoeding gehandhaafd. Als er wel sprake is van risicoverzwaaringsinhoudt die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de schadevergoeding:

a met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of;

b in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaaringsinhoudt zou zijn.

34.6

Als een niet tijdig gemelde risicoverzwaaringsinhoudt naar het oordeel van de verzekeraar van dien aard is dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op schadevergoeding.

35 Verplichtingen bij andere risicowijzigingen

35.1

De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op schadevergoeding de verzekeraar tijdig vooraf te informeren wanneer:

a de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

b de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge werknemersverzekeringen of enige andere verplichte verzekering en/of voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;

c de verzekerde na het ingaan van deze verzekering niet meer verplicht verzekerd is ingevolge werknemersverzekeringen of enige andere verplichte verzekering en/of voorziening die recht op schadevergoeding geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;

d de verzekeringnemer geen verzekerbaar belang heeft bij hetgeen verzekerd is. In ieder geval is in het kader van deze verzekering geen verzekerbaar belang aanwezig indien de verzekerde anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geen inkomen heeft.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de verzekeraar desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. In de hier genoemde gevallen heeft de verzekeraar het recht om andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente aan te passen.

35.2

Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen dertig dagen na de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering wordt dan beëindigd per datum van de wijziging. Er wordt echter over een periode van maximaal één jaar premierestitutie verleend.

36 Overdracht van rechten

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op schadevergoeding, kunnen door de verzekeringnemer, verzekerde en/of de begunstigde niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

Hoofdstuk VI - Einde van de verzekering

37 Einde van de verzekering/ dekkingen

37.1

Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 35 of artikel 37 lid 3, vervallen alle rechten van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.

37.2

In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten van reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, wordt alleen in aanmerking genomen voorzover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

37.3

De verzekeraar heeft het recht, zonder dat enige aanmaning of ingebrekestelling vereist is, de verzekering door middel van een aangetekende brief te beëindigen vanaf het moment dat de verzekeringnemer of het bedrijf van de verzekeringnemer fraude heeft gepleegd of opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of laten verstrekken.

37.4

Ook wordt de verzekering beëindigd:

- a per de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
- b op de dag van overlijden van de verzekerde;
- c vanaf het moment 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.

38 Onopzegbaarheid

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

Hoofdstuk VII - Slotbepalingen

39 Behandeling van klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden verzonden aan:

- REAAL Verzekeringen
Ter attentie van de afdeling Klachtenservice
Antwoordnummer 125
1800 VB Alkmaar
Faxnummer: 072 - 5194160
E-mail: klachten@reaal.nl

Is het oordeel van de directie van REAAL voor een belanghebbende niet bevredigend én is belanghebbende een consument (volgens de definitie in het Reglement van de Ombudsman Verzekeringen, respectievelijk het Reglement van de Raad van Toezicht Verzekeringen), dan kan de belanghebbende zich wenden tot:

- Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
Tel: 070 - 333 89 99
www.klachteninstituut.nl

Wanneer de belanghebbende geen gebruik wil maken van deze mogelijkheid om een klacht te laten behandelen, of wanneer de behandeling of uitkomst voor de belanghebbende niet bevredigend is, kan het geschil worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

40 Adres

40.1

Bij een kennisgeving door de verzekeraar aan een belanghebbende bij de verzekering, kan worden volstaan met het verzenden van een niet aangetekende brief aan het de verzekeraar laatst bekende adres. Een wijziging van adres moet met een afzonderlijk schriftelijk verhuisbericht aan de verzekeraar worden meegegeed.

40.2

De verzekeraar kan in afwijking van lid 1 ook volstaan met het verzenden van een kennisgeving langs elektronische weg met inachtneming van de regels die daartoe zijn gesteld op grond van het bepaalde in Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

41 Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een financieel product en/of financiële dienst verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar, respectievelijk een andere tot SNS REAAL behorende rechtspersoon, verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten terzake financiële producten en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

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 is ook op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 - 333 85 00). In verband met een verantwoord acceptatie- en uitkeringenbeleid kan de verzekeraar informatie inwinnen bij of verstrekken aan de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).

1 Begripsomschrijvingen

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

1.1 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 tengevolge 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.

1.2 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 tengevolge 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.

1.3 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.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, 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.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- a Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p 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.

1.6 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.

Clauseblad terrorismedekking

Bij de Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1

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 terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake 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.

2.2

De NHT biedt herverzekeringdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Voorgenomd 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 drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3

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 artikelid 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 vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikelid 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.

3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1

Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage gedeponneerd onder nummer 27178761 en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003 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.

3.2

De NHT is, met in achtneming 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.

3.3

Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake 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 terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4

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.

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

1 Begripsomschrijvingen

1.1 DAS

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

1.2 Verzekerde

1.2.1

de verzekerde als vermeld in de arbeidsongeschiktheidsverzekering;

1.2.2

de nagelaten betrekkingen van een verzekerde, indien en voorzover zij een vordering kunnen instellen tot voorziening in de kosten van levensonderhoud naar aanleiding van een gebeurtenis, waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op verhaalsbijstand bestaat.

1.3

verhaalsbijstand: de juridische belangenbehartiging bij het verhalen van schade op een derde.

1.4 Derde

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

2 Omvang van de dekking

2.1

DAS verleent verhaalsbijstand aan de verzekerde, die op grond van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering uitkering ontvangt, of zou ontvangen wanneer er geen eigen risicotermin van toepassing zou zijn.

2.2

DAS verleent geen verhaalsbijstand voorzover de verzekerde aanspraak kan maken op behartiging van zijn belangen krachtens een andere verzekering, al dan niet van oudere datum.

3 De verlening van de rechtsbijstand

3.1

De rechtsbijstand wordt verleend door deskundigen in loondienst van DAS. Als er geen redelijke kans (meer) is het gewenste resultaat te bereiken, wordt de rechtsbijstandverlening gestaakt. Als de verzekerde het oneens blijft met het oordeel van DAS over de (ver)haalbaarheid, dan kan hij DAS schriftelijk verzoeken dit meningsverschil voor te leggen aan een advocaat naar zijn keuze uit een lijst van advocaten, die DAS op verzoek aan hem verstrekt. De verlening van rechtsbijstand wordt door DAS voortgezet in overeenstemming met het oordeel van de advocaat. 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 DAS alsnog de redelijk gemaakte kosten van rechtsbijstand.

3.2

Als het naar het oordeel van DAS noodzakelijk is de behandeling of een deel daarvan over te dragen aan een externe deskundige, is uitsluitend DAS bevoegd om, na overleg met de verzekerde, opdrachten daartoe te verstrekken. DAS is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de werkzaamheden van een door DAS ingeschakelde externe deskundige.

4 De kosten van verhaalsbijstand

DAS vergoedt per gebeurtenis, die tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid, de volgende kosten:

4.1

alle interne kosten: de kosten van deskundigen in loondienst van DAS;

Voorwaarden Verhaalsbijstand

Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)

4.2

tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis, de volgende externe kosten:

- de kosten van de externe deskundigen die door DAS worden ingeschakeld, voorzover deze kosten noodzakelijk gemaakt zijn voor de uitvoering van de opdracht;
- de kosten van getuigen voorzover door een rechter toegewezen;
- de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de noodzakelijke, in overleg met DAS te maken, reis- en verblijfkosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
- de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis binnen vijf jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

5 De franchise

De verzekerde kan alleen aanspraak maken op verhaalsbijstand als het belang van zijn verzoek tenminste € 225,- beloopt.

6 Dekkingsgebied

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

7 Verplichtingen van de verzekerde

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

• DAS Rechtsbijstand

Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam

Telefoon 020 - 6 517 517, Fax 020 - 6 960 423

www.das.nl

