



Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Maandlastbeschermer

Langdurige ziekte of verlies van werk betekenen vaak een forse terugval in inkomen, terwijl alle vaste lasten gewoon door blijven lopen. De TAF Maandlastbeschermer is een uitstekende oplossing voor mensen in loondienst die bij arbeidsongeschiktheid verzekerd willen zijn van voldoende inkomen om hun maandelijkse lasten te kunnen blijven betalen.

Uw TAF Maandlastbeschermer is een overeenkomst tussen de verzekeraar en u. Bij deze overeenkomst horen verzekeringsvoorwaarden ofwel polisvoorwaarden. In de polisvoorwaarden leest u wat u precies verzekert en wat de rechten en verplichtingen van zowel de verzekeraar als uzelf zijn. De polisvoorwaarden maken onderdeel uit van de polis die de verzekeraar afgeeft.

QL MLB 02-2021



eenvoudig transparant



eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE VOORWAARDEN

1. Definities
2. Strekking van de verzekering
3. Grondslag van de verzekering
4. Aanvang, duur en einde van de verzekering
5. Algemene uitsluitingen
6. Voorlopige dekking
7. Begunstiging
8. Fiscaliteit van de uitkering
9. Premiebetaling
10. Terugvordering
11. Verhaal van kosten en belasting
12. Fraude
13. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden
14. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring
15. Adreswijziging en verwerking persoonsgegevens
16. Meldingsplicht
17. Wijziging verzekerd maandbedrag
18. Klachtenbehandeling
19. Toepasselijk recht

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid
21. Uitkeringsduur arbeidsongeschiktheid
22. Uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid
23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid
25. Vergoeding wettelijk verplicht eigen risico zorgverzekering
26. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid
27. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
28. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

BEPALINGEN WERKLOOSHEID

29. Dekking bij werkloosheid
30. Hoogte en uitkeringsduur bij werkloosheid
31. Uitsluitingen bij werkloosheid
32. Verplichtingen bij werkloosheid
33. Hervatting van werkzaamheden tijdens het recht op een uitkering voor werkloosheid
34. Einde van (het recht op) een uitkering
35. Samenloop arbeidsongeschiktheid en werkloosheid



eenvoudig transparant

ALGEMENE VOORWAARDEN

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aanvraagformulier:

Het document dat tot de polis heeft geleid.

Administrateur:

TAF B.V., Postbus 4562 5601 EN EINDHOVEN, tevens gevolmachtigde van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 040-707 38 90 E-mail: info@taf.nl

Bruto woonlasten:

De aantoonbare financiële maandelijkse lasten die gerelateerd zijn aan het bezit van een eigen woning die dient als hoofdverblijf. Hieronder vallen uitsluitend de volgende kosten:

- Bruto hypotheekrente;
- Bedragen ter aflossing van de hypotheekschuld;
- Verzekeringspremies voor een overlijdensrisicoverzekering;
- Verzekeringspremies voor de inboedel- en opstalverzekering;
- Energielasten (gas, water en licht);
- Servicekosten van Vereniging van Eigenaren (VvE).

Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde de eigen werkzaamheden door ziekte of ongeval heeft gestaakt en zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Aanvullend geldt dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarbij de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de dag is dat de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een psycholoog of psychiater.

Eigen risico periode:

De periode waarover de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. Deze periode vangt aan op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De eigen risico periode is van toepassing op elke (nieuwe) schade.

Eigen woning:

De eigen woning waarvan de verzekerde eigenaar is en die dient als hoofdverblijf van de verzekerde.

Eigen werkzaamheden:

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in loondienst en bij goede gezondheid onmiddellijk voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid verricht voor minimaal 16 uur per week en waaruit de verzekerde inkomen geniet. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van de verzekerde kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het bedrijf waar de verzekerde werkzaam is.

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt zoals vermeld op het polisblad.

Fraude:

Het opzettelijk en/of op oneigenlijke gronden en wijzen (trachten te) verkrijgen van een uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een verzekering onder valse voorwendzelen.

Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, als huisarts praktijk uitoefent, en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Ingangsdatum:

De datum waarop de verzekering ingaat zoals vermeld op het polisblad.

Ongeval:

Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf komend onvrijwillig op het lichaam inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft. Met een ongeval worden gelijkgesteld:

- a. verbranding, bevriezing, verdrinking, verstikking;
- b. uitputting, verhogering of verdorping als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- c. wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
- d. verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of directe medische behandeling van ongevalsletsels;
- e. acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen of stoffen.

Overmatig alcoholgebruik:

Alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 0,5 promille is. Bij beginnende bestuurders mag dit promillage de eerste vijf jaar na het ontvangen van het rijbewijs niet de 0,2 promille overschrijden. Van overmatig alcoholgebruik is tevens sprake indien de verzekerde weigert mee te werken aan de door de bevoegde autoriteiten verzochte adem- en/of bloedproef ter bepaling van het alcoholpromillage/bag. De verzekerde heeft het recht te bewijzen dat hij in geval van weigering van vorenbedoelde medewerking, onmiddellijk voorafgaande aan en tijdens de gebeurtenissen welke tot zijn arbeidsongeschiktheid hebben geleid, niet onder invloed van alcohol verkeerde.

Polis(blad):

De door de verzekeraar afgegeven akte welke strekt tot het bewijs van bestaan van de verzekeringsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde voorwaarden.



eenvoudig transparant

Premievervaldag:

Telkens de eerste dag van elke kalendermaand gedurende de looptijd van de verzekering.

Psycholoog/psychiater:

Een in Nederland gevestigde psycholoog/psychiater die staat ingeschreven in het NIP en/of BIG register en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Schade:

Een aanspraak op betaling van een uitkering onder de dekking van deze verzekering.

Specialist:

Een in Nederland gevestigde arts die als specialist is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde is.

Tussenpersoon:

De rechtspersoon of natuurlijke persoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.

Uitkering:

Maandelijkse betaling danwel een voorschot als bedoeld in artikel 8.2 waar op basis van deze verzekering recht op bestaat.

UWV:

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

Verzekeraar:

Quantum Leben AG, gevestigd te Vaduz, Liechtenstein, in Nederland vertegenwoordigd door de administrateur.

Verzekerd maandbedrag:

- Verzekerd maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid:
Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 150,- en een maximum van € 2.500,-. Het verzekerde maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 125% van de bruto woonlasten van de verzekerde bij aanvang van de verzekering.
- Verzekerd maandbedrag bij werkloosheid:
Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 150,- en een maximum van € 2.500,-. Het verzekerde maandbedrag bij werkloosheid mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 125% van de bruto woonlasten van de verzekerde bij aanvang van de verzekering. Daarnaast mag het verzekerde bedrag bij werkloosheid niet meer bedragen dan 125% van het verzekerde bedrag bij arbeidsongeschiktheid.

Verzekerde:

De op het polisblad vermelde natuurlijke persoon op wiens lijf de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woont en staat ingeschreven in de BRP (Basisregistratie Personen) en die bij aanvang van de verzekering ouder is dan 18 jaar, respectievelijk jonger dan 62 jaar en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen.

Verzekeringnemer:

De persoon die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Werkloosheid:

Het aan verzekerde niet te verwijten onvrijwillige verlies van de dienstbetrekking die uit hoofde van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor tenminste 16 uur per kalenderweek in Nederland werd vervuld.

Wijzigingsdatum:

De datum waarop voor het laatst wijzigingen zijn aangebracht aan de verzekering.

Zelfstandig ondernemer:

Hieronder wordt verstaan de persoon die:

- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, of;
- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent, of;
- als directeur/(groot)aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als de verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

Ziekte, letsel of klachtenpatroon:

Van een ziekte, letsel of klachtenpatroon is sprake indien de verzekerde volgens het oordeel van een huisarts, specialist, psycholoog of psychiater beperkingen ondervindt in de uitvoering van arbeid.

2. Strekking van de verzekering

- 2.1 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid:
Deze verzekering heeft tot doel een maandelijkse uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar arbeidsongeschiktheid.
- 2.2 Uitkering bij werkloosheid:
Deze verzekering heeft tot doel een maandelijkse uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar werkloosheid.



eenvoudig transparant

3. Grondslag van de verzekering

- 3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- 3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van schending van de mededelingsplicht, als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst op te zeggen of op basis van artikel 930 van boek 7 een uitkering te weigeren of te verlagen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekerde risico's zijn gedekt vanaf de ingangsdatum van de verzekering die op het polisblad staat vermeld, doch nooit eerder dan de datum waarop de eerste premie is voldaan.
- 4.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgifte van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. De verzekeraar zal in dat geval de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.
- 4.3 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
- a. Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het polisblad;
 - b. Op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde overlijdt;
 - c. Op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer is ingeschreven in de BRP;
 - d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken en de verzekeraar gebruik heeft gemaakt van zijn recht om de verzekering op te zeggen;
 - e. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de wettelijke AOW-leeftijd zoals vastgelegd in de Algemene Ouderdomswet bereikt of, indien dit eerder is, op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 70 jaar bereikt;

- f. Op de datum dat de verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
 - g. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid;
 - h. Indien de verzekerde niet meer verplicht verzekerd is krachtens de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen;
 - i. Indien de verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer.
- 4.4 De verzekeringnemer kan gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens één volle kalendermaand, te rekenen vanaf de ingangsdatum, opzeggen per aan de verzekeraar gericht (digitaal) schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van minimaal één volle kalendermaand in acht te nemen.

- 4.5 Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de beëindigingsdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de beëindigingsdatum.
- 4.6 Een verzekering kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

5. Algemene uitsluitingen

Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

- a. Indien de schade (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer, de verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- b. Indien de schade (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- c. Indien de schade is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van, het plegen van een strafbaar feit;



eenvoudig transparant

- d. Indien de schade is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door – hetzij direct, hetzij indirect – een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd onder nummer 136/1981;
- e. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- f. Gedurende de periode dat de verzekerde in Nederland of in het buitenland in voorlopige hechtenis is genomen, Ter Beschikking Stelling opgelegd heeft gekregen en/of gevangenisstraf uitzit of de ziekte of arbeidsongeschiktheid tijdens deze periode is ontstaan.

6. Voorlopige dekking

- 6.1 In afwijking van artikel 4.1 geldt dat, arbeidsongeschiktheid als het directe en uitsluitende gevolg van een ongeval, gedurende een periode van maximaal 3 maanden te rekenen vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen, niet van dekking zal worden uitgesloten. De eigen risico periode zal in dat geval beginnen op de ingangsdatum van de verzekering.
- 6.2 Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden, en in het bijzonder de uitsluitingen zoals vastgelegd in artikel 5, 26 en 31 van deze voorwaarden, van toepassing.
- 6.3 De voorlopige dekking eindigt:
 - a. op de ingangsdatum van de aangevraagde verzekering die op het polisblad staat vermeld;
 - b. indien de aangevraagde verzekering komt te vervallen of niet wordt geaccepteerd;
 - c. indien de verzekeraar schriftelijk over de beëindiging van de voorlopige dekking bericht aan de verzekeringnemer;
 - d. uiterlijk 3 maanden na de datum dat de administrateur het aanvraagformulier voor de verzekering heeft ontvangen.

7. Begunstiging

- 7.1 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde uitkeringen worden betaald aan de verzekerde.

8. Fiscaliteit van de uitkering

- 8.1 Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering.
- 8.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden dat de arbeidsongeschiktheid na het verstrijken van de eigen risico periode heeft geduurd. De uitkering zal zolang er recht bestaat op een uitkering conform deze voorwaarden voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen. Deze bepaling heeft expliciet alleen betrekking op de fiscaliteit van de uitkering en niet op de opeisbaarheid van de vordering of de aanvang van de verjarings- of vervaltermijnen.

9. Premiebetaling

- 9.1 De verzekering kan uitsluitend tegen maandelijke premiebetaling worden afgesloten. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.
- 9.2 Voor deze verzekering is de eerste premie verschuldigd bij afgifte van de polis. Iedere volgende premie is op de premievervaldag verschuldigd. De premie wordt automatisch geïncasseerd van de opgegeven IBAN bankrekening. De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso op de premievervaldag mogelijk is.
- 9.3 Indien de verschuldigde vervolgpremie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de premievervaldag wordt voldaan, heeft de verzekeringnemer, na aanmaning, nog 14 dagen de tijd om alsnog aan zijn/haar verplichtingen te voldoen. Indien de vervolgpremie inclusief kosten niet binnen deze termijn volledig aan de administrateur is voldaan, dan wordt de dekking automatisch geschorst vanaf de premievervaldag totdat de premieachterstand volledig aan de administrateur is voldaan. Bovendien is de verzekeraar gerechtigd om de verzekering te beëindigen. Reeds betaalde premies zullen niet worden getourneerd.



eenvoudig transparant

- 9.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.
- 9.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een schademelding op basis van deze verzekering is niet gedekt.
- 9.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen.
- 9.7 Premievrijstelling:
Er bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat verzekeringnemer een schade-uitkering ontvangt krachtens deze verzekering. De verrekening inzake premierestitutie zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.
- 9.8 Premierestitutie:
Er bestaat geen recht op restitutie.

10. Terugvordering

- 10.1 De verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen terug te vorderen.

11. Verhaal van kosten en belasting

- 11.1 Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van de verzekeringnemer.

12. Fraude

- 12.1 Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden. Een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met alle gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:
- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
 - de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 - de gemaakte (onderzoeks)kosten worden teruggevorderd;
 - er een registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

13. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden

- 13.1 De verzekeraar kan de premie en/of de voorwaarden contractueel per 1 september van elk jaar wijzigen. De verzekeraar kan dit doen als het aantal schades onverwacht zo groot is dat haar financiële positie onverantwoord is verslechterd. Hierdoor kan er niet meer van de verzekeraar worden verlangd de premies en/of voorwaarden ongewijzigd voort te zetten. Indien een wetswijziging of een besluit van de toezichthouder dit noodzakelijk maakt kan de verzekeraar de premie en/of voorwaarden tussentijds wijzigen.
- 13.2 De wijziging van de premie en/of voorwaarden kan de verzekeraar doorvoeren voor een groep verzekeringnemers. De verzekeraar verandert nooit alleen een individuele polis. Past de verzekeraar iets aan? Dan wordt de verzekeringnemer door de verzekeraar geïnformeerd over een aanpassing. Ook informeert de verzekeraar de verzekeringnemer waarom de aanpassing wordt doorgevoerd. Minimaal 60 dagen later gaat de aanpassing in. Is de verzekeringnemer het niet eens met de aanpassing? Dan mag de verzekeringnemer de verzekering binnen 60 dagen opzeggen. De verzekeraar stopt de verzekering dan op de datum dat de wijziging zou ingaan. Krijgt de verzekeringnemer een uitkering op het moment dat verzekeraar iets aanpast? Dan gaat de wijziging pas in nadat de uitkering is gestopt tenzij de wijziging het gevolg is van een wetswijziging of een besluit van de toezichthouder.

14. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring

- 14.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze drie jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.
- 14.2 De verjaringstermijn vangt aan op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarover de verzekerde aanspraak maakt op een uitkering. Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar na de aanvang van de verjaringstermijn zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.
- 14.3 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.

15. Adreswijziging en verwerking persoonsgegevens

- 15.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer(s), verzekerde(n) en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.



eenvoudig transparant

15.2 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand kennis te geven van elke adreswijziging van zowel de verzekeringnemer, de verzekerde als de premiebetaler. Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij de verzekeraar bekende adres of bij ontbreken van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon die bemiddeld heeft voor de totstandkoming van de verzekering.

15.3 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand te informeren indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde en/of de premiebetaler niet meer in Nederland woonachtig is en/of niet meer als zodanig staat ingeschreven in de BRP.

15.4 Bij een kennisgeving door de verzekeraar en/of de administrateur aan een bij de verzekering belanghebbende kan worden volstaan met een niet-aangetekende brief te verzenden aan het laatst door de belanghebbende aan de verzekeraar meegedeelde adres.

15.5 Correspondentie aan de verzekeraar dient gericht te worden aan:
TAF BV (administrateur)
Postbus 4562, 5601 EN Eindhoven

15.6 De verzekeraar en de administrateur verwerken persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor het aangaan of uitvoeren van een andere verzekering van dezelfde soort bij TAF, voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, voor audits, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, onze organisatie, medewerkers en cliënten.

Het is mogelijk dat persoonsgegevens worden doorgegeven aan een ontvanger in een land buiten de Europese Economische Ruimte. De verzekeraar en/of administrateur zal erop toezien dat een dergelijke doorgifte in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving. De verzekeraar en/of administrateur blijft verantwoordelijk voor deze verwerkingen. Premieachterstand kan uit handen worden gegeven aan een incassobureau, dat persoonsgegevens gebruikt voor een kredietwaardigheidsbeoordeling. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorg dragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven die een passend verwerkingsniveau waarborgen. De verwerking van persoonsgegevens is in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Verder is op deze verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de

gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode is te vinden op www.verzekeraars.nl. Op www.taf.nl/privacy leest u meer over het verwerken van persoonsgegevens.

16. Meldingsplicht

16.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermeldde over meldingsplicht zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct doch uiterlijk binnen 2 maanden schriftelijk te informeren wanneer:

- a. De verzekerde zijn of haar beroep, als in de polis vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging:
 - geen risicoverzwaren inhoudt;
 - wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie;
- b. De verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- c. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- d. De verzekerde is overleden;
- e. De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
- f. De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- g. De verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer;
- h. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling.



eenvoudig transparant

17. Wijziging verzekerd maandbedrag

- 17.1 Het verzekerd maandbedrag mag, vanaf 60 maanden na de ingangsdatum, zonder nieuwe of aanvullende gezondheidsvragen worden verhoogd. De verhoging is maximaal 20% van het verzekerd maandbedrag. Voor verhoging van het verzekerd maandbedrag gelden de volgende voorwaarden:
- Verzekerde is op het moment van de verhoging jonger dan 51 jaar;
 - Op het moment dat het verzoek tot verhoging van het verzekerd maandbedrag wordt gedaan is verzekerde:
 - volledig arbeidsgeschikt. Dat was verzekerde de 180 dagen daarvoor ook, en;
 - was verzekerde tijdens deze periode aan het werk en werd hiervoor betaald, en;
 - is verzekerde niets bekend over ontslag of dreiging van ontslag.
- 17.2 Nadat het verzekerd bedrag is verhoogd mag vanaf 60 maanden na de verhoging het maandbedrag weer worden verhoogd.
- 17.3 Als het verzekerd maandbedrag op een ander tijdstip of voor meer dan 20% wordt verhoogd dan dient er een geheel nieuwe verzekering te worden aangevraagd waarbij de medische situatie van de verzekerde opnieuw wordt beoordeeld.
- 17.4 Het verzekerd maandbedrag kan altijd worden verlaagd.
- 17.5 Het verzoek tot wijziging van het verzekerd maandbedrag dient minimaal één maand voor de wijzigingsdatum schriftelijk te worden gedaan. Ook na de wijziging moet het verzekerd maandbedrag aan de voorwaarden zoals vermeld onder de definitie van het verzekerd maandbedrag blijven voldoen.
- 17.6 Het verzoek wordt na ontvangst door de verzekeraar beoordeeld. Na goedkeuring voert de verzekeraar de wijziging door.
- 17.7 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde maandbedrag betreft, zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging, waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum.

18. Klachtenbehandeling

- 18.1 Voor alle klachten over de uitvoering van deze overeenkomst geldt de onderstaande procedure:
- Interne klachtenprocedure:
Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan
TAF BV
Postbus 4562, 5601 EN Eindhoven;
 - Klachten- en geschillenprocedure KiFiD:
Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de administrateur voor een belanghebbende niet bevredigend is en belanghebbende een consument is in de zin van het reglement van het KiFiD, kan belanghebbende zich – binnen 3 maanden na de datum waarop de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen – wenden tot:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (“KiFiD”)
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl
- Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.
- 18.2 Bevoegde rechter:
Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies door het KiFiD.

19. Toepasselijk recht

- 19.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter.



eenvoudig transparant

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

- 20.1 Er kan alleen aanspraak worden gemaakt op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde:
- ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig was, en;
 - voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam is, en;
 - premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen.
- 20.2 Gedurende de eerste twee jaren van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid zoals omschreven in artikel 20.4.
- 20.3 Beoordeling na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van de dekkingskeuze van verzekerde. Er zijn drie dekkingskeuzes mogelijk:
- beroepsarbeid (artikel 20.4),
 - passende arbeid (artikel 20.5), of
 - gangbare arbeid (artikel 20.6).
- De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.
- 20.4 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid:
- a. Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als verzekerde door ziekte, letsel of klachtenpatroon beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken;
 - b. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de contractueel overeengekomen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, tot een maximum van 40 uur per week, werkte.
- 20.5 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:
- a. Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als verzekerde door ziekte, letsel of klachtenpatroon beperkt is in zijn functioneren 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 kans op het verkrijgen van arbeid;
 - b. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde passende werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, tot een maximum van 40 uur per week, werkte;
 - c. Alleen functies die hoogstens één (ARBI-) niveau lager liggen dan de oorspronkelijke functie worden als passend beschouwd.
- 20.6 Arbeidsongeschiktheid voor gangbare arbeid:
- a. Arbeidsongeschiktheid op basis van gangbare arbeid wordt aanwezig geacht als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving, voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht;
 - b. Na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze geldt worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving, belaste instantie afgegeven beschikking.
- 20.7 Indien de verzekerde na afwijzing of beëindiging van een schade opnieuw arbeidsongeschikt wordt geldt het volgende:
- Perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld waarbij er gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid geen recht bestaat op een uitkering;
 - Bij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van 4 weken of meer, geldt dat er uitsluitend opnieuw recht op uitkering kan ontstaan als door de verzekeraar is vastgesteld dat verzekerde voorafgaand aan de nieuwe eerste dag van arbeidsongeschiktheid gedurende tenminste 4 aaneengesloten weken volledig betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen op basis van de uren zoals overeengekomen in de arbeidsovereenkomst.
- 20.8 Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal verzekeraar vaststellen of en in hoeverre deze wijziging acceptabel is en de polis daaraan aanpassen. De vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan conform het aangepaste polisblad plaatsvinden.

21. Uitkeringsduur arbeidsongeschiktheid

- 21.1 De uitkeringsduur per schade is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur met aftrek van de gekozen eigen risico periode (180, 365 of 730). De uitkeringsduur en de eigen risico periode die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.



eenvoudig transparant

21.2 Uitkeringsduur:

Keuze:	Maximale uitkering:
2 jaar	2 jaar met aftrek van de gekozen eigen risico periode
5 jaar	5 jaar met aftrek van de gekozen eigen risico periode
10 jaar	10 jaar met aftrek van de gekozen eigen risico periode
Einde looptijd	Tot de datum waarop de verzekering eindigt op grond van artikel 4.3 of 4.4 met aftrek van de eigen risico periode.

22. Uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid

Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk is aan of meer bedraagt dan 35%.

23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 23.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan.
- 23.2 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevendende uitkering. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 24.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens de uitkeringsdrempel als omschreven in artikel 22 bedraagt de hoogte van de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- 0% tot 35%: 0% van het verzekerde maandbedrag;
 - 35 % tot 45%: 40% van het verzekerde maandbedrag;
 - 45% tot 55%: 50% van het verzekerde maandbedrag;
 - 55% tot 65%: 60% van het verzekerde maandbedrag;
 - 65% tot 80%: 75% van het verzekerde maandbedrag;
 - 80% of meer: 100% van het verzekerde maandbedrag.
- 24.2 Indien op het polisblad bij de dekking ‘volledige uitkering’ staat aangetekend, dan wordt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, in afwijking van hetgeen in artikel 24.1 is bepaald, 100% van het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid uitgekeerd.

25. Vergoeding wettelijk verplicht eigen risico zorgverzekering

- 25.1 Voor iedere volledige kalendermaand dat de verzekerde arbeidsongeschikt is en er op basis van deze verzekering een uitkering wordt verricht is er recht op een aanvullende vergoeding ter hoogte van 1/12e deel van het jaarlijks verplichte eigen risico volgens artikel 18 van de Zorgverzekeringswet echter maximaal € 500,- per jaar.
- 25.2 De aanvullende vergoeding van het verplichte eigen risico wordt maandelijks uitgekeerd gelijktijdig met de uitkering van het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.
- 25.3 Op de vergoeding voor het wettelijk verplicht eigen risico zorgverzekering is de fiscaliteit van toepassing zoals omschreven in artikel 8.



eenvoudig transparant

26. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid

26.1 Voor de dekking arbeidsongeschiktheid geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
- b. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van:
 - overmatig alcoholgebruik, en/of;
 - verdovende middelen, en/of;
 - bedwelmende middelen, en/of;
 - opwekkende middelen, en/of;
 - het gebruik van medicijnen anders dan op medisch voorschrift, en/of;
 - soortgelijke middelen.
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.

27. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

27.1 De verzekerde is verplicht binnen 3 maanden na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, wordt de eigen risico periode verlengd met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.

27.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.

27.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:

- a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd (huis)arts, specialist, psychiater of psycholoog te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelaar en/of medisch adviseur en/of arbeidsdeskundige van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkhervatting of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkhervatting of re-integratie kan verhinderen of vertragen;
- b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen (huis) arts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval en/of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
- c. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
- d. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de woonlasten noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld (maar uitdrukkelijk niet daartoe beperkt) rekeningafschriften;
- e. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van gehele of gedeeltelijke werkhervatting, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;



eenvoudig transparant

- f. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
- g. Alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid.

28. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

28.1 Een uitkering eindigt:

- a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
- b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 of 4.4 van deze voorwaarden;

BEPALINGEN WERKLOOSHEID

29. Dekking bij werkloosheid

- 29.1 Bij onvrijwillige werkloosheid heeft de verzekerde recht op een uitkering, met inachtneming van het overige bepaalde in deze voorwaarden, als de schade voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. De werkloosheid begint minstens 180 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering;
 - b. De werkloosheid is een direct gevolg van een voor verzekerde onvrijwillige beëindiging van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling;
 - c. Verzekerde dient in de 6 maanden direct voorafgaand aan de beëindiging van de dienstbetrekking onafgebroken en op basis van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling voor bepaalde of onbepaalde duur voor tenminste 16 uur per week in dienst te zijn geweest;

d. De verzekerde ontvangt een werkloosheidsuitkering op grond van de Nederlandse Werkloosheidswet;

e. Tijdens de periode van werkloosheid is de verzekerde in Nederland beschikbaar om werk te zoeken en te aanvaarden;

f. Indien de verzekerde werkzaamheden uitvoert als uitzendkracht, bestaat er alleen recht op uitkering indien er sprake is van een beëindiging van een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd met de uitzendorganisatie;

g. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 16 uur per week in dienst te zijn.

29.2 De eerste dag van werkloosheid is de eerste dag waarover de verzekerde een werkloosheidsuitkering van het UWV krijgt.

30. Hoogte en uitkeringsduur bij werkloosheid

30.1 De maximale uitkeringsduur per schade is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur, maximaal 12 of 24 maanden. De uitkeringsduur die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.

30.2 In geval het UWV haar uitkering staakt op grond van de opgebouwde WW rechten van verzekerde en er is gekozen voor een uitkeringsduur van 12 maanden dan zal deze verzekering bij voortdurende werkloosheid de uitkeringen voorzetten tot het maximum van 12 is bereikt.

30.3 In het geval het UWV haar uitkering na 12 maanden staakt op grond van de opgebouwde WW rechten van verzekerde en er is gekozen voor een uitkeringsduur van 24 maanden, dan eindigen de uitkeringen van deze verzekering gelijktijdig met het UWV.



eenvoudig transparant

30.4 In het geval het UWV haar uitkering na 12 maanden staakt op grond van de opgebouwde WW rechten van verzekerde en er is gekozen voor een uitkeringsduur van 24 maanden, dan eindigen de uitkeringen van deze verzekering gelijktijdig met het UWV.

30.5 Voor iedere aaneengesloten maand, met inachtneming van het bepaalde in artikel 34.1.a van deze voorwaarden, van volledige en onvrijwillige werkloosheid ontvangt de verzekerde het verzekerde maandbedrag. In geval van gedeeltelijke werkloosheid is de uitkering gelijk aan dat deel van het verzekerd maandtermijn waarvoor verzekerde werkloos is geworden.

30.6 Voor deze werkloosheidsdekking geldt een maximale uitkeringsduur van 24 maanden. Na 24 maandelijkse betaling als gevolg van werkloosheid van de verzekerde wordt de werkloosheidsdekking beëindigd.

31. Uitsluitingen bij werkloosheid

31.1 Voor de werkloosheidsdekking geldt dat er geen recht op een uitkering bestaat:

- a. Bij het eindigen van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling voor bepaalde tijd. Dit geldt niet wanneer de werkloosheid valt binnen de duur van de tijdelijke arbeidsovereenkomst. De verplichting tot uitkering van de verzekeraar houdt in dat geval op te bestaan op de einddatum van de tijdelijke arbeidsovereenkomst;
- b. Bij het eindigen van een oproepovereenkomst of het eindigen van werkzaamheden die de verzekerde binnen een oproepovereenkomst heeft verricht;
- c. Indien de verzekerde voorafgaand aan of binnen 180 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering kennis had, redelijkerwijs behoorde te hebben van of bekend wordt met een naderend ontslag, faillissement, reorganisatie van het bedrijfs onderdeel waar verzekerde werkzaam is of gehele stopzetting van de activiteiten van zijn werkgever;

d. Indien de werkloosheidsuitkering door de uitkerende instantie als gevolg van een sanctie geheel of gedeeltelijk wordt geschorst, gestaakt of ingehouden;

e. Indien de werkloosheid het gevolg is van een aan verzekerde toe te rekenen verwijtbaar gedrag zoals diefstal, fraude en/of gedrag waarvan verzekerde wist of behoorde te weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben;

f. Indien de verzekerde zelf ontslag neemt;

g. Indien de werkloosheid het gevolg is van structurele arbeidsonderbrekingen die inherent zijn aan het beroep van de verzekerde (bijvoorbeeld seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet);

h. Indien de werkloosheid ontstaan is vanuit het niet benutten van de restcapaciteit (resterende verdien capaciteit bij arbeidsongeschiktheid) bij een werkgever;

i. Indien en voor zover verzekerde recht heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst.

32. Verplichtingen bij werkloosheid

32.1 De verzekerde is verplicht, in geval van werkloosheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van de onvrijwillige werkloosheid bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, aan de verzekeraar mededeling te doen van de onvrijwillige werkloosheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Onder werkloosheid wordt tevens de toename van werkloosheid verstaan.

32.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.



eenvoudig transparant

- 32.3 Verzekerde is verplicht zijn onvrijwillige werkloosheid aan te tonen door middel van het overleggen van de door de uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken, die verzekerde ontvangt in verband met zijn werkloosheidsuitkeringen. Deze stukken dienen voor elke maand waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, aan verzekeraar te worden overlegd.
- 32.4 Verzekerde is verplicht een kopie van zijn laatste arbeidsovereenkomst en overige relevante stukken die betrekking hebben op de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling en welke van invloed kunnen zijn op de beoordeling van een schade aan de verzekeraar te overleggen.
- 32.5 Ontvangt verzekerde, op grond van artikel 30.2, een uitkering uit deze verzekering maar geen uitkering meer uit de Werkloosheidswet van het UWV, dan heeft verzekerde een aantal verplichtingen. Verzekerde moet beschikbaar zijn voor het zoeken naar en het aannemen van een baan. Ook laat verzekerde verzekeraar iedere maand een bewijs zien dat hij/zij:
- nog geen werk heeft, en;
 - als werkzoekende ingeschreven staat bij het UWV, en;
 - minimaal vier keer per periode van vier weken solliciteert.
- 32.6 Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, kan dit leiden tot vermindering of het geheel komen te vervallen van het recht op uitkering.

33. Hervatting van werkzaamheden tijdens het recht op een uitkering voor werkloosheid

- 33.1 Indien verzekerde een uitkering uit deze verzekering ontvangt en weer gedeeltelijk gaat werken dan blijft het recht op een uitkering uit deze verzekering bestaan, echter wordt de uitkering evenredig verlaagd in gelijke verhouding tot de hervatte werkzaamheden.

- 33.2 Indien verzekerde een uitkering uit deze verzekering ontvangt en weer volledig gaat werken en vervolgens binnen 36 maanden wederom werkloos wordt dan zal de eerdere schade worden voortgezet.
- 33.3 Indien verzekerde werkloos wordt maar geen aanspraak maakt op deze verzekering omdat hij een andere dienstbetrekking accepteert en vervolgens binnen 36 maanden alsnog werkloos wordt op een zodanige wijze dat er geen aanspraak op een uitkering bestaat, dan zal de schade worden beoordeeld aan de hand van de eerdere werkloosheid.
- 33.4 In de gevallen genoemd in dit artikel zijn de artikelen 29, 30, 31 en 32 onverkort van toepassing voor zover hier niet nadrukkelijk van is afgeweken.

34. Einde van (het recht op) uitkering

- 34.1 Een uitkering eindigt:
- a. Op de dag waarop verzekerde niet meer werkloos is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 of 4.4 van deze voorwaarden;
 - c. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 3 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.
 - d. Nadat het maximaal aantal maandelijke betalingen is bereikt zoals omschreven in artikel 30.5.

35. Samenloop arbeidsongeschiktheid en werkloosheid

- 35.1 Indien verzekerde gedurende de periode dat hij een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangt werkloos wordt zal de uitkering op basis van arbeidsongeschiktheid worden voortgezet en bestaat er geen recht op een uitkering voor werkloosheid.



eenvoudig transparant

35.2 Indien verzekerde gedurende de periode dat hij een uitkering wegens werkloosheid ontvangt arbeidsongeschikt wordt, zal de arbeidsongeschiktheid worden beoordeeld zonder rekening te houden met de vereisten van artikel 20.1. tweede opsomteken. De gekozen eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid blijft van toepassing. Gedurende deze eigen risico periode voor arbeidsongeschiktheid zal de uitkering in geval van werkloosheid worden voortgezet tot de gekozen uitkeringsduur in geval van werkloosheid is bereikt of, indien eerder, de gekozen eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid is verstreken.