



Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Voorwaarden van verzekering nr. AO 04

Afrikaweg 2
Postbus 3012, 2700 KV Zoetermeer

sinds 1850

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1. De verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen indien de verzekerde geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is.
2. De grondslag van de verzekering wordt gevormd door de bij de aanvraag en/of een verzoek tot wijziging aan de maatschappij en/of aan door haar ingeschakelde (keurings)-artsen verstrekte gegevens.
3. Indien de in lid 2 genoemde gegevens in enig opzicht onjuist en/of onvolledig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht:
 - a. zich op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst te beroepen, indien bekendheid van de maatschappij met de juiste gegevens er toe zou hebben geleid dat de verzekering niet zou zijn aangegaan dan wel niet zou zijn voortgezet; bij arbeidsongeschiktheid zal dan geen uitkering plaatsvinden;
 - b. de verzekeringsovereenkomst voort te zetten met inachtneming van (een) bijzondere voorwaarde(n), indien bekendheid van de maatschappij met de juiste gegevens er toe zou hebben geleid dat de verzekering zou zijn aangegaan dan wel voortgezet met toepassing van die bijzondere voorwaarde(n); bij arbeidsongeschiktheid zal dan het vaststellen van het recht op uitkering plaatsvinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarde(n);
 - c. de verzekeringsovereenkomst voort te zetten met inachtneming van een premieverhoging, indien bekendheid van de maatschappij met de juiste gegevens er toe zou hebben geleid dat de verzekering zou zijn aangegaan dan wel voortgezet met toepassing van die premieverhoging; bij arbeidsongeschiktheid zal dan de uitkering worden verminderd in de verhouding van de betaalde premie tot de premie zoals die na de verhoging verschuldigd zou zijn geweest.
4. De maatschappij zal geen gebruik maken van het haar volgens lid 3 toekomende recht indien de verzekeringnemer of de verzekerde aannemelijk maakt dat op het moment dat hij die onjuiste en/of onvolledige gegevens verstrekt heeft of heeft laten verstrekken, hij zelf niet van de juiste en/of volledige gegevens op de hoogte is geweest.
5. Indien de in lid 2 genoemde gegevens zijn verstrekt in verband met een verhoging van het verzekerde bedrag of de verzekerde bedragen, zijn lid 3 en 4 uitsluitend van toepassing op deze verhoging.
6. De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten, het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, het voorkomen en bestrijden van fraude, statistische analyse, het voldoen aan wettelijke vereisten en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van deze gedragscode ligt bij de maatschappij ter inzage en is tevens te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars: www.verzekeraars.nl
7. Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2 Begripsomschrijvingen

1. Onder verzekeringnemer wordt verstaan degene met wie deze verzekering is aangegaan en die in het polisblad als zodanig wordt aangeduid.
2. Onder verzekerde wordt verstaan degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.
3. Van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze verzekering is uitsluitend sprake indien de verzekerde geheel of gedeeltelijk ongeschikt is om werkzaamheden te verrichten als gevolg van medisch objectief vast te stellen stoornissen die rechtstreeks veroorzaakt zijn door ziekte of door uit een ongeval voortgevloeid letsel.
4. Onder de in lid 3 genoemde stoornissen worden tevens verstaan complicaties bij zwangerschap van de verzekerde.
5. Onder ziekte of letsel wordt verstaan het aanwezig zijn van objectief aantoonbare, niet aangeboren, afwijkingen in vorm of functie van het menselijk organisme. Deze afwijkingen dienen door een terzake deskundige arts te zijn vastgesteld en binnen diens beroepsgroep algemeen wetenschappelijk als afwijking te zijn erkend.
6. Onder uitkeringspercentage wordt verstaan het percentage van het verzekerde bedrag waarop recht bestaat.

Artikel 3 Algemene uitsluitingen en beperkingen

1. Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd:
 - a. door opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
 - b. door overmatig gebruik van alcohol door de verzekerde; hiervan is in ieder geval sprake indien bij een de verzekerde overkomen ongeval zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was en/of zijn adimalcoholgehalte 350 microgram of hoger was;
 - c. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen door de verzekerde, tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing heeft gehouden;
 - d. door ongevallen de verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijtuig tijdens het deelnemen aan een rit of wedstrijd waarbij het snelheids- of tijdslement overheersend was;
 - e. door atoomkernreacties* of molest*;
 - f. door ziekten of afwijkingen die reeds voor het ingaan van de verzekering bestonden terwijl de verzekeringnemer en/of de verzekerde daarvan op dat tijdstip kennis droeg of door ziekten of afwijkingen die reeds voor het ingaan van de verzekering klachten veroorzaakten.
2. Geen recht op uitkering bestaat met betrekking tot de periode die de verzekerde in een penitentiaire of psychiatrische inrichting dan wel een soortgelijke instelling doorbrengt ten gevolge van een krachtens een onherroepelijk gerechtelijk vonnis aan hem opgelegde straf of strafrechtelijke maatregel.

Artikel 4 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

1. De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze verzekering:
 - a. zich direct onder behandeling van een bevoegde arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;

- b. zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen de eigen risicotermijn of, indien deze eigen risicotermijn langer is dan drie maanden dan wel rubriek A niet meeverzekerd is, binnen drie maanden, aan de maatschappij mededeling te doen van zijn arbeidsongeschiktheid door middel van een daarvoor bestemd, volledig ingevuld en ondertekend schade-aangifteformulier;
 - c. zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aan te wijzen bevoegde arts of andere deskundige te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken; dit onderzoek vindt plaats in Nederland, tenzij de verzekerde in het buitenland is opgenomen in een ziekenhuis;
 - d. zich desgevraagd voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - e. de maatschappij tijdig op de hoogte te stellen bij verandering van woon- of verblijfplaats;
 - f. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen medische en andere (arbeids)deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen;
 - g. geen feiten of omstandigheden die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of van de uitkering van belang zijn, te verzwijgen dan wel onjuist of onvolledig weer te geven;
 - h. de maatschappij terstond 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;
 - i. zich te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij (kunnen) worden geschaad;
 - j. vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij verkoop, verpachting of verhuur van zijn bedrijf en/of staking van de uitoefening van de werkzaamheden verbonden aan het in het polisblad omschreven beroep.
2. De verzekeringnemer is gehouden de in lid 1 b, e, f, g, h, i en j genoemde verplichtingen na te komen voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen en voor zover dit in zijn vermogen ligt.
 3. Geen recht op uitkering bestaat indien de verzekerde of de verzekeringnemer een of meer van de in lid 1 respectievelijk lid 2 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad. In dat geval zal ook geen uitkering worden verstrekt over een reeds verstreken periode.
Reeds verstrekte uitkeringen kunnen worden teruggevorderd indien geen recht op uitkering bestaat in verband met het niet nakomen van een verplichting als genoemd in lid 1 g, h, i en/of j.
 4. Onverminderd het bepaalde in lid 3 bestaat geen recht op uitkering wegens arbeidsongeschiktheid waarvan eerst na herstel wordt kennisgegeven, tenzij de verzekerde aantoonbaar daadwerkelijk arbeidsongeschikt is zijn geweest en gedurende welke periode hij dit was.
 5. In ieder geval vervalt elk recht op uitkering indien aanmelding van een omstandigheid waaruit voor de maatschappij een verplichting tot uitkering kan voortvloeien, niet plaatsvindt binnen 3 jaar na het ontstaan van deze omstandigheid.

Artikel 5 **Schaderegeling en uitkering**

1. De maatschappij stelt de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid vast aan de hand van rapportages van door de maatschappij aangewezen deskundigen en berekent op grond daarvan de uitkering.
2. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt steeds vastgesteld met inachtneming van het volgens de bijzondere voorwaarden van toepassing zijnde criterium.
3. Van deze vaststelling en berekening wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle hiervoor noodzakelijke gegevens mededeling gedaan aan de verzekeringnemer.
4. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer niet binnen 90 dagen zijn bezwaren tegen de vaststelling en/of berekening gemotiveerd heeft kenbaar gemaakt aan de maatschappij, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.
5. Bij volledige arbeidsongeschiktheid (100%) bedraagt de uitkering per dag 1/365 of per maand 1/12 gedeelte van het verzekerde bedrag.
6. Indien het percentage arbeidsongeschiktheid is vastgesteld op 25% of meer, bedraagt de uitkering een overeenkomstig percentage van de volgens lid 5 berekende uitkering.
7. Een percentage arbeidsongeschiktheid van minder dan 25 wordt gelijkgesteld aan nul.
8. Indien de verzekerde reeds arbeidsongeschikt is ten gevolge van een afwijking die onder de werking van een in deze voorwaarden van verzekering of een in het polisblad vermelde uitsluiting valt en zijn arbeidsongeschiktheid neemt toe als gevolg van een niet uitgesloten afwijking, dan wordt, in afwijking van lid 5 en 6, het uitkeringspercentage als volgt berekend. Het totale percentage van de arbeidsongeschiktheid (maximaal 100%) wordt verminderd met het percentage waarvoor de verzekerde als gevolg van de uitgesloten afwijking reeds arbeidsongeschikt was. Als het verschil minder is dan 25% bestaat geen recht op uitkering.
9. De berekening van de uitkering geschiedt telkens over een periode van één maand.
10. Indien de maatschappij ten aanzien van een vordering van een verzekeringnemer een definitief standpunt heeft ingenomen, hetzij door het afwijzen van de vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan vervalt na een jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de verzekeringnemer of zijn gemachtigde van dit standpunt kennis kreeg, ieder recht ten opzichte van de maatschappij ter zake van het schadegeval waarop de vordering was gegrond, tenzij de verzekeringnemer binnen die termijn het standpunt van de maatschappij heeft aangevochten.
11. De maatschappij kan uitsluitend wettelijke rente verschuldigd worden vanaf de dag dat deze in rechte wordt gevorderd.

Artikel 6 **Reïntegratie**

1. De verzekering geeft tevens aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van met toestemming van de maatschappij gemaakte kosten voor revalidatie, her- of omscholing die vermindering van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde tot doel hebben.
2. Van de dekking krachtens dit artikel zijn uitgesloten:
 - a. kosten die tot de normale geneeskundige behandelingskosten behoren;
 - b. kosten waarvoor de verzekerde of de verzekeringnemer op grond van enige andere verzekering of voorziening een vergoeding kan krijgen.

Artikel 7 **Einde van de uitkering**

1. De uitkering eindigt, behoudens het bepaalde in lid 2, met ingang van de dag waarop de verzekerde hierop geen recht meer heeft.
2. De uitkering eindigt:
 - a. met ingang van de eerste dag na de maand waarin de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 - b. ingeval van overlijden van de verzekerde met ingang van de eerste dag van de derde maand, volgend op de maand van overlijden; indien de verzekerde tevens verzekeringnemer was geschieden de uitkeringen na zijn overlijden aan de echtgeno(o)t(e), geregistreerde partner of de met de verzekerde duurzaam in gezinsverband samenwonende partner en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van de verzekerde;
 - c. met ingang van de dag waarop de verzekering eindigt, onverminderd het bepaalde in artikel 2 lid 5 van de Bijzondere voorwaarden rubriek B.

Artikel 8 **Premiebetaling**

1. De premie dient vooruit betaald te worden en uiterlijk op de premievervaldag te zijn voldaan.
2. Indien de premie niet tijdig wordt betaald, heeft de maatschappij het recht de dekking te schorsen of te beëindigen door kennisgeving hiervan aan de verzekeringnemer. Indien de maatschappij van dit recht gebruik maakt bestaat er geen recht op uitkering ten aanzien van op dat moment bestaande en/of nadien ontstane arbeidsongeschiktheid. De dekking vervalt niet eerder dan is toegelaten door de toepasselijke wet- en regelgeving.
3. Gedurende de periode waarin de dekking niet van kracht is, heeft de maatschappij het recht de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.
4. De verzekeringnemer kan de maatschappij binnen twee maanden na de vervaldag van de eerste onbetaald gebleven premie schriftelijk verzoeken de dekking te herstellen. De achterstallige premie dient direct te worden betaald en de maatschappij kan van de verzekeringnemer vorderen dat op kosten van de verzekeringnemer wordt aangetoond dat de verzekerde een goede gezondheid geniet.

Artikel 9 **Premierestitutie en -vrijstelling**

1. Zolang de verzekerde een uitkering van de maatschappij ontvangt krachtens rubriek B wordt premierestitutie verleend voor rubriek A en rubriek B, evenredig aan het arbeidsongeschiktheidspercentage voor respectievelijk rubriek A en rubriek B. De premierestitutie vindt telkens achteraf op de hoofdpremievervaldatum plaats.
2. In plaats van premierestitutie als genoemd in lid 1 kan de maatschappij ook vrijstelling van premiebetaling verlenen, indien naar het oordeel van de maatschappij te verwachten is dat de arbeidsongeschiktheid van langere duur zal zijn.
3. Er is voor rubriek B geen premie verschuldigd over een periode van 365 dagen voorafgaande aan de einddatum van de verzekering zoals bepaald in artikel 12 lid 2 b.
4. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering betaalt de maatschappij de premie aan de verzekeringnemer terug over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is onder aftrek van kosten, tenzij de beëindiging plaatsvindt na opzegging door de maatschappij wegens opzet haar te misleiden.

Artikel 10 **Wijziging van premie en/of voorwaarden**

1. De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door de maatschappij te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd tenzij hij binnen 30 dagen na deze datum schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering 30 dagen na de genoemde datum.
Indien deze verzekering onderdeel uitmaakt van een overeenkomst waarvan ook andere verzekeringen deel uitmaken, geldt de mogelijkheid van opzegging door de verzekeringnemer uitsluitend voor die onderdelen waarvoor de premie dan wel de voorwaarden gewijzigd worden. De arbeidsongeschiktheidsverzekering geldt hierbij als één onderdeel.
2. De wijziging van de voorwaarden overeenkomstig het bepaalde in lid 1 heeft geen invloed op de hoogte van een (toekomstige) uitkering indien op de in lid 1 genoemde datum voldaan wordt aan een van de volgende voorwaarden.
 - a. Er bestaat reeds recht op een uitkering.
 - b. De verzekerde is arbeidsongeschikt, maar ontvangt nog geen uitkering in verband

- met de eigen risicotermijn.
 - c. De verzekerde is arbeidsongeschikt, uitsluitend rubriek B is verzekerd en de genoemde datum ligt binnen een periode van 365 dagen voor het begin van de uitkeringstermijn volgens de Bijzondere voorwaarden rubriek B.
3. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer geldt niet indien de wijziging:
- a. voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - b. verlaging van de premie inhoudt;
 - c. uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - d. verandering van de premie als gevolg van wijziging van leeftijd inhoudt;
 - e. verandering van de premie als gevolg van indexering van het verzekerde bedrag inhoudt.

Artikel 11 Wijziging van het risico

1. De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht de maatschappij er zo spoedig mogelijk van in kennis te stellen indien een van de volgende omstandigheden zich voordoet en desgevraagd bewijsstukken over te leggen.
- a. De werkzaamheden of de verhoudingen tussen verschillende soorten werkzaamheden die de verzekerde in verband met het in het polisblad omschreven beroep uitoefent, veranderen.
 - b. De verzekerde besteedt aanmerkelijk meer uren per week aan de uitoefening van het in het polisblad omschreven beroep dan bij het aangaan of wijzigen van de verzekering aan de maatschappij is opgegeven.
Hiervan is in ieder geval sprake indien het aantal uren per week over een periode van meer dan vier maanden gemiddeld meer dan 25% hoger is dan het opgegeven aantal. Indien geen aantal uren aan de maatschappij is opgegeven, wordt ervan uitgegaan dat dit ten hoogste 60 is geweest.
 - c. Op de verzekeringnemer, de verzekerde of het bedrijf waarin het in het polisblad omschreven beroep wordt uitgeoefend, is een schuldsaneringsregeling van toepassing.
 - d. Aan de verzekeringnemer, de verzekerde of het bedrijf waarin het in het polisblad omschreven beroep wordt uitgeoefend, is surséance van betaling verleend.
 - e. De verzekeringnemer, de verzekerde of het bedrijf waarin het in het polisblad omschreven beroep wordt uitgeoefend, is failliet verklaard.
 - f. Het financiële belang van de verzekeringnemer of de verzekerde bij de uitoefening van het in het polisblad omschreven beroep is komen te vervallen.
 - g. De verzekerde staakt de daadwerkelijke uitoefening van zijn beroep of bedrijf.
 - h. De verzekeringnemer of de verzekerde draagt (een deel van) zijn belang in het bedrijf waarin het in het polisblad omschreven beroep wordt uitgeoefend over aan een derde.
 - i. Het financiële belang van de verzekeringnemer of de verzekerde bij de uitoefening van het in het polisblad omschreven beroep is aanzienlijk verminderd; hiervan is in ieder geval sprake als gedurende drie achtereenvolgende jaren het jaarlijkse inkomen uit dit beroep lager is dan het verzekerde bedrag voor rubriek A dan wel lager dan het verzekerde bedrag voor rubriek B.
 - j. De verzekerde vertrekt voor langer dan twee maanden naar het buitenland.
 - k. De verzekerde wordt na het ingaan van de verzekering verplicht verzekerd krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering of enige andere verplichte verzekering of voorziening die recht geeft op uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
2. Indien een van de in lid 1 c, d, e, f, g of j genoemde omstandigheden zich voordoet, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen, tenzij deze omstandigheid uitsluitend het gevolg is van een door de maatschappij erkende arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.
3. Indien een van de in lid 1 a, b, h, i of k genoemde omstandigheden zich voordoet, heeft de maatschappij het recht:
- a. indien voor deze omstandigheid een andere premie en/of andere voorwaarden zou (den) gelden, het verzekerde bedrag, de premie en/of de voorwaarden aan te passen aan de gewijzigde situatie;
 - b. indien de maatschappij bij het sluiten van de verzekering in deze situatie nadere medische gegevens zou hebben verlangd en op grond daarvan de verzekering tegen een andere premie en/of voorwaarden zou hebben gesloten, deze gegevens alsnog te eisen en de premie en/of de voorwaarden hieraan aan te passen;
 - c. indien de maatschappij in deze situatie geen verzekering zou sluiten, de verzekering te beëindigen.
- De maatschappij zal de premie en/of voorwaarden niet aanpassen en de verzekering niet beëindigen voor zover de omstandigheid die hiertoe aanleiding geeft uitsluitend het gevolg is van een door haar erkende arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.
4. Beëindiging of aanpassing van de verzekering krachtens lid 2 of 3 geschiedt, naar keuze van de maatschappij, per de datum waarop de omstandigheid zich voor het eerst voorgedaan heeft of per de datum waarop de maatschappij kennis van de omstandigheid gekregen heeft.
5. Als de maatschappij gebruik maakt van het haar volgens lid 3 a of b toekomende recht de verzekering aan te passen:
- a. loopt de verzekering overigens ongewijzigd door indien de aanpassing uitsluitend een verlaging van het verzekerde bedrag of de verzekerde bedragen inhoudt;
 - b. heeft de verzekeringnemer in alle andere gevallen het recht de verzekering te beëindigen door opzegging aan de maatschappij binnen 30 dagen nadat hij of zijn vertegenwoordiger van het standpunt van de maatschappij kennis heeft genomen; de verzekering eindigt in dat geval op de dag waarop de opzegging door de maatschappij ontvangen wordt.
6. Als de verzekeringnemer of de verzekerde de maatschappij ervan in kennis stelt dat een van de in lid 1 c t/m k genoemde omstandigheden zich voordoet, kan hij de maatschappij daarbij verzoeken de verzekering voor een periode van hoogstens een jaar (gedeeltelijk) te laten sluismeren. Dit houdt in dat de dekking gedurende deze periode vervalt of wordt beperkt en uiterlijk aan het einde daarvan op verzoek van de verzekering-

nemer weer (volledig) in kracht hersteld wordt, onder de voorwaarde dat de omstandigheid die tot vervallen of aanpassing van de dekking geleid heeft, dan niet meer bestaat. Hiervoor is de verzekeringnemer een in overleg vast te stellen vergoeding, genaamd sluismerpremie, verschuldigd.

7. Indien bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde blijkt dat de verzekeringnemer of de verzekerde niet heeft voldaan aan een in lid 1 genoemde verplichting:
- a. is de maatschappij geen uitkering verschuldigd indien de verzekering beëindigd zou zijn als de verzekeringnemer of de verzekerde wel aan deze verplichting voldaan zou hebben;
 - b. worden de voorwaarden toegepast die de maatschappij zou hebben toegepast als de verzekeringnemer of de verzekerde wel aan deze verplichting voldaan zou hebben;
 - c. wordt de uitkering verminderd in de verhouding van de betaalde premie tot de premie die de maatschappij gerekend zou hebben als de verzekeringnemer of de verzekerde wel aan deze verplichting voldaan zou hebben.

In deze gevallen vindt beëindiging of aanpassing van de verzekering overeenkomstig het bepaalde in lid 2 en 3 plaats met ingang van de datum waarop de omstandigheid is ingetreden, zonder dat de maatschappij verplicht is premierestitutie te verlenen en kan de maatschappij eventueel te veel gedane uitkeringen terugvorderen of verrekenen met toekomstige uitkeringen.

Artikel 12 Duur en einde van de verzekering

1. De verzekering is aangegaan tot de in het polisblad genoemde einddatum en wordt daarna telkens voor de in het polisblad genoemde contractduur verlengd.
2. De verzekering eindigt:
- a. aan het einde van het tijdvak waarvoor de verzekering is aangegaan of verlengd, indien de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden tevoren schriftelijk heeft opgezegd;
 - b. op de dag waarop de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 - c. op de datum van het overlijden van de verzekerde;
 - d. indien de verzekerde of de verzekeringnemer in strijd met de in artikel 4 en 11 genoemde verplichtingen opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 - e. in de in artikel 8, 10 en 11 genoemde gevallen.
3. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering van de zijde van de maatschappij onopzegbaar.

Artikel 13 Cessie

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, vervreemd, in pand gegeven of op een andere manier tot zekerheid dienen.

Bijzondere voorwaarden Rubriek A

Deze voorwaarden zijn uitsluitend van toepassing indien hiernaar in het polisblad wordt verwezen.

Artikel 1 Omvang van de dekking

1. De dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden geeft, onverminderd het bepaalde in de Algemene voorwaarden, gedurende de uitkeringstermijn aanspraak op een periodieke uitkering indien en zo lang als de verzekerde voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is. Bepalend voor het percentage arbeidsongeschiktheid is in welke mate de verzekerde geschikt is om de werkzaamheden te verrichten die hij gewend was bij de uitoefening van zijn beroep te verrichten en/of die in het algemeen verricht worden door iemand die dit beroep uitoefent.
2. De uitkeringstermijn begint op de dag volgend op die waarop door een bevoegde arts is vastgesteld dat de verzekerde voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is en eindigt zodra dit niet meer het geval is, dan wel na 365 dagen.
3. Indien twee of meer uitkeringstermijnen elkaar met (een) onderbreking(en) van minder dan 4 weken opvolgen, worden deze samen als één uitkeringstermijn beschouwd.
4. De dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden geeft tevens aanspraak op een uitkering indien de echtgeno(o)t(e), de geregistreerde partner, de partner met wie de verzekerde duurzaam een gezamenlijke huishouding voert of een inwonend kind van de verzekerde komt te overlijden.
De uitkering vindt in dit geval plaats over een aaneengesloten periode van een maand, beginnend op de dag van overlijden, en is gebaseerd op volledige arbeidsongeschiktheid. De eigen risicotermijn wordt hierbij buiten beschouwing gelaten.
5. Voor vrouwelijke verzekerden geeft de dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden aanspraak op een bevallingsuitkering, berekend op basis van 50% van het verzekerde bedrag voor een periode van 16 weken onder aftrek van de eigen risicotermijn, indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden.
- a. De vermoedelijke bevallingsdatum ligt tenminste 2 jaar na de ingangsdatum van de verzekering.
 - b. Zowel rubriek A als rubriek B zijn verzekerd.
 - c. De zwangerschap heeft tenminste 28 weken geduurd.
- De verzekerde dient de uitkering aan te vragen door tenminste 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum een schriftelijke verklaring van een arts of een

verloskundige over te leggen waaruit de vermoedelijke bevallingsdatum blijkt. De uitkering begint 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of, indien de bevalling eerder dan 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum plaats vindt, op de bevallingsdatum.

Indien er sprake is van complicaties bij zwangerschap als bedoeld in artikel 2 lid 4 van de Algemene voorwaarden, wordt gedurende de periode dat recht op de bevallingsuitkering bestaat, of zou hebben bestaan indien aan alle bovengenoemde voorwaarden was voldaan, niet meer uitgekeerd dan de bevallingsuitkering.

Artikel 2 Eigen risico termijn, uitsluitingen en beperkingen

1. Geen uitkering wordt verleend over de in het polisblad vermelde eigen risicotermin. Indien twee of meer uitkeringstermijnen samen als één uitkeringstermin worden beschouwd, geldt hiervoor éénmaal de eigen risicotermin.
2. Geen uitkering krachtens deze bijzondere voorwaarden wordt verleend indien en voor zover de verzekerde recht kan doen gelden op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid krachtens een Nederlandse of buitenlandse wettelijke regeling, zoals de WAZ.
3. a. Indien een uitkeringstermin krachtens deze Bijzondere voorwaarden na 365 dagen is geëindigd, wordt het percentage arbeidsongeschiktheid op basis waarvan de laatste uitkering is verstrekt als percentage blijvende arbeidsongeschiktheid beschouwd.
b. Indien de verzekerde opnieuw wegens arbeidsongeschiktheid een beroep op de dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden doet, wordt het percentage blijvende arbeidsongeschiktheid in mindering gebracht op de uitkering. In verband hiermee wordt naar evenredigheid premiekorting verleend.
c. Indien aan het percentage blijvende arbeidsongeschiktheid geen specialistisch medisch onderzoek ten grondslag ligt, kan de verzekerde of de maatschappij verzoeken om een onderzoek teneinde vast te stellen of de verzekerde hersteld is van de ziekte of het letsel die/dat gedurende de uitkeringstermin tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid. In dat geval wordt het percentage blijvende arbeidsongeschiktheid op grond van dit onderzoek vastgesteld. Indien de verzekerde de maatschappij verzoekt om een onderzoek nadat hij melding heeft gedaan van zijn latere arbeidsongeschiktheid als bedoeld in lid b, wordt het percentage blijvende arbeidsongeschiktheid met betrekking tot die melding niet meer aangepast. Indien de maatschappij verzoekt om een onderzoek, is de verzekerde verplicht hieraan zijn medewerking te verlenen. Indien de verzekerde niet aan dit onderzoek mee wil werken, eindigt de dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden.

Bijzondere voorwaarden Rubriek B

Deze voorwaarden zijn uitsluitend van toepassing indien hiernaar in het polisblad wordt verwezen.

Artikel 1 Arbeidsongeschiktheidscriteria

1. a. Indien volgens het polisblad het criterium "beroepsarbeidsongeschiktheid" van toepassing is, is voor het percentage arbeidsongeschiktheid bepalend in welke mate de verzekerde geschikt is om de werkzaamheden te verrichten:
 - die hij gewend was bij de uitoefening van zijn beroep te verrichten en/of
 - die in het algemeen verricht worden door iemand die dit beroep uitoefent en/of
 - die redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd en die hij binnen het eigen beroep of bedrijf kan verrichten door aanpassing van werkomstandigheden, het inschakelen van hulpkrachten, aanpassing van werkzaamheden en/of taakvershuivingen.
- b. Indien de verzekerde, gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis, ophoudt het in het polisblad vermelde beroep uit te oefenen en al of niet in overleg met de maatschappij een ander beroep gaat uitoefenen, heeft de maatschappij het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen aan de hand van de werkzaamheden die bij het nieuwe beroep horen. Deze vaststelling zal plaatsvinden vanaf het moment waarop de verzekerde dit beroep uitoefent.
2. a. Indien volgens het polisblad het criterium "passende arbeid 25%" van toepassing is, is voor het percentage arbeidsongeschiktheid bepalend in welke mate de verzekerde geschikt is om de werkzaamheden te verrichten 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. Indien de volgens lid 2 a vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid 25% of meer bedraagt, wordt bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid alleen rekening gehouden met werkzaamheden die de verzekerde binnen zijn eigen bedrijf kan verrichten.
3. Indien volgens het polisblad het criterium "passende arbeid" van toepassing is, is voor het percentage arbeidsongeschiktheid bepalend in welke mate de verzekerde geschikt is om de werkzaamheden te verrichten 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.
4. Indien volgens het polisblad het criterium "passende arbeid" of "passende arbeid 25%" van toepassing is en de arbeidsongeschiktheid is ingetreden respectievelijk toegenomen op of na de 50e verjaardag van de verzekerde, wordt bij de vaststelling van de mate van

arbeidsongeschiktheid respectievelijk van de toename daarvan het criterium beroepsarbeidsongeschiktheid toegepast.

Artikel 2 Omvang van de dekking

1. De dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden geeft, onverminderd het bepaalde in de Algemene voorwaarden, gedurende de uitkeringstermin aanspraak op een periodieke uitkering indien en zo lang als de verzekerde voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is volgens het in het polisblad vermelde arbeidsongeschiktheidscriterium.
2. Geen uitkering krachtens deze bijzondere voorwaarden wordt verleend indien en voor zover de verzekerde recht kan doen gelden op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid krachtens een Nederlandse of buitenlandse wettelijke regeling, zoals de WAZ.
3. De uitkeringstermin begint zodra de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen voor meer dan 25% arbeidsongeschikt is geweest volgens artikel 1 lid 1 van de Bijzondere voorwaarden rubriek A; voor de bepaling van deze periode worden tijdvakken van minder dan 4 weken waarin de verzekerde minder dan 25% arbeidsongeschikt is geweest, meegerekend.
4. De uitkeringstermin eindigt, behoudens het bepaalde in lid 5:
 - a. indien en zodra de verzekerde minder dan 25% arbeidsongeschikt is volgens het in het polisblad vermelde arbeidsongeschiktheidscriterium;
 - b. indien en zodra de verzekering eindigt op grond van het bepaalde in de Algemene voorwaarden.
5. Indien de dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden wordt beëindigd op grond van artikel 8, 10 of 11 van de Algemene voorwaarden, blijft een reeds krachtens deze Bijzondere voorwaarden ingegane uitkeringstermin doorlopen.
Bij toename van de arbeidsongeschiktheid na beëindiging van de dekking krachtens deze Bijzondere voorwaarden zal geen verhoging van het uitkeringspercentage plaatsvinden.

Clausules

Onderstaande clausules zijn uitsluitend van toepassing indien hiernaar in het polisblad of in een later afgegeven polisaanhangsel wordt verwezen.

Clausule Indexverzekering

1. Het verzekerde bedrag wordt éénmaal per jaar per hoofdpremievalidatum gewijzigd volgens de door het Centraal Bureau voor de Statistiek gepubliceerde prijsindexcijfers van de gezinsconsumptie.
2. De premie wordt gelijktijdig als volgt gewijzigd:
 - a. in geval van verhoging van het verzekerde bedrag wordt de premie over de verhoging berekend op basis van het tarief voor de leeftijd van de verzekerde op het moment van de verhoging;
 - b. in geval van verlaging van het verzekerde bedrag wordt de premie naar evenredigheid verlaagd.
3. De verzekeringnemer is gerechtigd de toepassing van de verhoging op grond van deze clausule te weigeren per de eerstvolgende hoofdpremievalidatum. Hij dient hiertoe minimaal 60 dagen voor de hoofdpremievalidatum schriftelijk een verzoek in te dienen.
4. a. Deze clausule vervalt zodra de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 365 dagen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt, als bedoeld in artikel 1 van de Bijzondere voorwaarden rubriek A, is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar met tussenpozen van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld.
b. De clausule wordt op verzoek van de verzekeringnemer per eerstvolgende hoofdpremievalidatum weer in kracht hersteld, mits de verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van tenminste 365 dagen, direct voorafgaande aan het verzoek, niet arbeidsongeschikt is geweest als bedoeld in artikel 1 van de Bijzondere voorwaarden rubriek B. De clausule zal niet met terugwerkende kracht toegepast worden.

Clausule Leeftijdsafhankelijk tarief

De premie wordt jaarlijks per eerstvolgende premievaliddag aangepast aan het alsdan voor de leeftijd van de verzekerde geldende tarief.

Clausule Optierecht

1. De maatschappij zal op verzoek van de verzekeringnemer eenmaal per jaar, per de hoofdpremievalidatum, de verzekerde bedragen verhogen met ten hoogste 5%, mits voldaan is aan de volgende voorwaarden.
 - a. De verzekerde heeft op de hoofdpremievalidatum de leeftijd van 51 jaar nog niet bereikt.
 - b. De verzekerde is drie maanden vóór de hoofdpremievalidatum niet arbeidsongeschikt en is in de 365 dagen daarvoor niet langer dan 14 dagen achtereenvolgend arbeidsongeschikt geweest.
 - c. Met inbegrip van de verhoging zal het verzekerde bedrag zowel voor rubriek A als voor rubriek B, samen met andere voorzieningen ter zake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid, niet groter zijn dan 80% van het inkomen van de verzekerde uit het in het polisblad vermelde beroep over het laatste volledige kalenderjaar vóór de datum waarop het verzoek gedaan wordt.

2. Het verzoek tot verhoging dient uiterlijk twee maanden vóór de hoofdpremievalidatum door de maatschappij te zijn ontvangen op een daartoe door de maatschappij ter beschikking gesteld, volledig ingevuld en zowel door de verzekeringnemer als de verzekerde ondertekend formulier.
3. De maatschappij heeft het recht naar aanleiding van het verzoek nadere informatie en/of documentatie te vragen, zoals een recente accountantsopgave waaruit het inkomen blijkt.
4. Voor de verhoging wordt een premie gerekend die overeenkomt met de op dat moment door de maatschappij gehanteerde tarieven. Voor het overige zijn de voorwaarden gelijk aan de voorwaarden die golden vóór de verhoging.

Clausule **Rentestandstoeslag**

1. De dekking krachtens deze clausule geeft recht op verhoging met de rentestandstoeslag van een uitkering krachtens de Bijzondere voorwaarden rubriek B, indien de verzekerde reeds meer dan 6 maanden onafgebroken recht heeft op deze uitkering.
2. De rentestandstoeslag is het op hele procenten naar beneden afgeronde verschil tussen het gemiddelde t-rendementspercentage van het voorafgaande kalenderjaar (mits dit percentage hoger is dan 4%) en 4%.
3. De verhoging zal ieder jaar per 1 januari plaatsvinden en geschiedt inclusief de eventueel reeds geldende rentestandstoeslag.
4. De uitbetaling van de rentestandstoeslag geschiedt in dezelfde termijnen als de uitkering krachtens rubriek B.
5. Indien de arbeidsongeschiktheid gedurende de uitkeringsperiode volgens rubriek B vermindert of eindigt, zal de dan geldende rentestandstoeslag gelijktijdig dienovereenkomstig vermindert respectievelijk beëindigd worden.

Nadere omschrijvingen

Atoomkernreacties

Onder schade door atoomkernreacties wordt verstaan schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. De uitsluiting van schade door atoomkernreacties geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige 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, tenzij krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is. 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.

Molest

Onder schade door molest wordt verstaan schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De maatschappij dient te bewijzen dat de schade direct veroorzaakt is door of ontstaan is uit één van deze oorzaken.

Noot. De zes genoemde vormen van molest alsmede de definities van deze vormen van molest, vormen een onderdeel van de tekst, die d.d. 2 november 1981 door het Verbond van Verzekeraars in Nederland gedeponeerd is ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage.

Klachten- en geschillenregeling

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het interne

Klachtenbureau van Klaverblad Verzekeringen
Postbus 3012
2700 KV Zoetermeer.

Als de uitkomst van de behandeling door het Klachtenbureau voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de onafhankelijke

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
Telefoon 070 - 3 338 999

Als u geen gebruik wilt maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of als u de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.