

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1. Verzekeraar

Credit Life International Schade, handelsnaam van
RiMaXX International N.V.
Noorderpoort 9
5916PJ VENLO
Zusterorganisatie van Credit Life international N.V.

2. Verzekerde (verzekeringnemer)

De op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon (werknemer of zelfstandig ondernemer) die de Nederlandse taal beheerst in woord en geschrift met een eigen koopwoning die op de ingangsdatum van deze verzekering niet ouder is dan 59 jaar of jonger dan 18 jaar.

3. Zelfstandig ondernemer

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 het UWV niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

4. Begunstigde

De verzekerde, echtgen(o)ot(e) of partner van de verzekerde indien hij/zij hiermee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan, de erfgenamen van de verzekerde.

5. Huisarts

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

6. Psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die staat ingeschreven in het BIG register en die niet zelf de verzekerde is.

7. 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.

8. Verzekerd maandbedrag

Het op het polisblad als zodanig genoemde bedrag op basis waarvan de maandelijkse uitkering wordt vastgesteld.

9. Inkomensderving

De ten gevolge van arbeidsongeschiktheid of werkloosheid veroorzaakte teruggang in het inkomen van verzekerde ten opzichte van het inkomen direct vóór het intreden van diens arbeidsongeschiktheid.

10. UWV

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

11. UWV WERKbedrijf

Onderdeel van UWV waar onder andere WW-uitkeringen worden aangevraagd en ontslagvergunningen behandeld.

12. W.W.

Werkloosheidswet.

13. W.I.A.

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

14. Bruto woonlasten

De aantoonbare financiële lasten per maand verbonden aan het bezit van een woning, waaronder kosten van hypotheek, verzekeringspremies, beleggings- en kapitaalverzekeringen ten behoeve van de eigen woning bij aanvang van de verzekering. Daarnaast vallen energiekosten en servicekosten ten behoeve van de eigen woning ook binnen deze definitie.

15. Optierecht

Het recht om het verzekerd bedrag te verhogen of te verlagen zonder nieuwe gezondheidswaarborgen. De eerste optiedatum bij polissen tegen maandbetaling is vanaf 60 maanden na de ingangsdatum. Nadat gebruik is gemaakt van een optie recht is de eerstvolgende optie datum vanaf 60 maanden daarna.

De eerste optiedatum bij polissen tegen koopsombetaling is na het einde van de eerste periode waarover premie is verschuldigd en welke met de koopsom is voldaan. Nadat gebruik is gemaakt van een optie recht is de eerstvolgende optie datum vanaf 60 maanden daarna.

16. Arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering

Van arbeidsongeschiktheid is sprake indien er - in relatie tot ziekte of ongeval vast te stellen - stoornissen bestaan waardoor de verzekerde is beperkt in de uitoefening van zijn werkzaamheden. Uit de polis blijkt of verzekerd is op basis van het criterium:

- arbeidsongeschiktheid voor gangbare arbeid,
- arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid of
- beroepsarbeidsongeschiktheid.

Of sprake is van de criteria zoals hierboven vermeldt, wordt vastgesteld aan de hand van artikel 6 van deze algemene voorwaarden.

17. Eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid

De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarvoor geen uitkering wordt verstrekt.

18. Eerste dag van arbeidsongeschiktheid

De dag waar op verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een arts heeft gesteld.

19. Werkloosheid

Het aan verzekerde niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking die uit hoofde van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor tenminste 16 uur per kalenderweek in Nederland werd vervuld. Indien de verzekerde gedeeltelijk werkzaamheden hervat, blijft het recht op uitkering onder de verzekering bestaan. In dat geval heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke uitkering naar rato.

20. Eerste dag van werkloosheid

Als eerste dag van werkloosheid wordt aangemerkt:

- de dag dat, op grond van een door UWV WERKbedrijf of degene die ingevolge wettelijke bepaling zijn bevoegdheid of verleende vergunning overneemt en met inachtneming van de wettelijke opzegtermijn, ontslag is verleend
- de dag waartegen de Kantonrechter op een daartoe strekkend verzoek van de werkgever, als bedoeld in artikel 7:685 BW de arbeidsovereenkomst heeft ontbonden, vermeerderd met de 'fictieve' opzegtermijn zoals bedoeld in artikel 16 lid 3 van de Werkloosheidswet
- de dag dat de aanstelling door het bevoegde gezag met inachtneming van de van kracht zijnde rechtspositieregelingen is beëindigd.

21. Eigen risico periode in geval van werkloosheid

De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van werkloosheid, waarvoor geen uitkering wordt verstrekt.

22. 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, verhongering 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 ongevalsetsels als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of directe medische behandeling van ongevalsetsels
- e. acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen of stoffen.

Artikel 2 Omschrijving van de dekking

1. Strekking van de verzekering

De verzekering voorziet in het verlenen van een tijdelijke uitkering om in geval van arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of overlijden ten gevolge van een ongeval, de verzekerde woonlasten te compenseren. Indien er is gekozen voor het criterium beroepsarbeidsongeschiktheid en/of werkloosheid dient er sprake te zijn van inkomensderving op desbetreffende dekking.

2. Grondslag van de verzekering

- a. De rechten en verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst blijken uit het polisblad en deze voorwaarden.
- b. De door verzekerde verstrekte inlichtingen en (gezondheids)verklaringen vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel te vormen.
- c. Indien de hiervoor in lid a en b bedoelde inlichtingen en verklaringen in enig opzicht onjuist of onwaarachtig blijken te zijn en de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen. Geen uitkering is verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

3. Maximum uitkering

- a. Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal 125% van de bruto woonlasten van de verzekerde met een maximum van € 2.500,- per maand.
- b. Indien het verzekerd bedrag hoger is dan gesteld in artikel 2.3.a bij aanvang van de verzekering, behoudt verzekeraar zich het recht om bij een eventuele uitkering het verzekerd bedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval worden terugbetaald.
- d. De dekking bij werkloosheid mag alleen worden gesloten in combinatie met een dekking bij arbeidsongeschiktheid, waarbij het verzekerd bedrag voor de werkloosheidsdekking niet hoger mag zijn dan de dekking bij arbeidsongeschiktheid.

Artikel 3 Algemene uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering krachtens deze verzekering indien het verzekerd voorval direct of indirect het gevolg is van:

- a. opzet of grove schuld van verzekerde, dan wel door een bij de uitkering belanghebbende

- b. bovenmatig gebruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, stimulerende of verdovende middelen, anders dan op medisch voorschrift
- c. een verkeersongeval veroorzaakt door verzekerde als bestuurder van een voertuig en verzekerde daarbij het wettelijk toegestane alcohol promillage heeft overschreden
- d. terrorisme, gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muerij. Deze vormen van molest, alsmede de definities ervan, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank 's-Gravenhage is gedeponneerd. Onder Gewapend conflict wordt verstaan: ieder geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden, alsmede het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties
- e. atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een toegepaste medische behandeling.

Ten slotte bestaat er geen recht op uitkering gedurende de tijd dat verzekerde is gedetineerd. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en terbeschikkingstelling, en geldt zowel voor detentie binnen als buiten Nederland.

Artikel 4 Premie

1. Premiebetaling

De gekozen premiebetaalwijze, alsmede indien van toepassing de periode waarvoor de koopsompremie verschuldigd is, blijkt uit het polisblad.

- a. Indien deze verzekering op basis van koopsompremie is aangegaan dient deze bij vooruitbetaling bij het aangaan van deze overeenkomst eenmalig te worden betaald.
- b. Indien deze verzekering tegen maandpremiebetaling is gesloten dient deze bij vooruitbetaling te worden voldaan door middel van een door verzekerde afgegeven incassomachtiging.
- c. De verplichting tot premiebetaling is niet van toepassing tijdens de periode van uitkering.
- d. In geval van koopsompremiebetaling gevolgd door automatische voortzetting met maandpremiebetaling geldt aanvullend op hetgeen bepaald in lid a en b van dit artikel dat de koopsompremiebetaling uitsluitend van toepassing is op de eerste premieperiode.
- e. Indien de maandelijks verschuldigde premie niet binnen 30 dagen wordt voldaan, heeft verzekeraar het recht om, na het stellen van een termijn van tenminste veertien dagen waarbinnen verzekerde alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking uit hoofde van deze verzekering op te schorten.
- f. Gedurende de schorsing van de dekking is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.
- g. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag volgend op de dag waarop de premie is ontvangen.

2. Premierestitutie

- a. Restitutie van premie die als koopsom is voldaan vindt uitsluitend plaats indien er geen uitkering of voorschot op grond van deze verzekering door verzekeraar verricht is en alleen in geval van beëindiging van de verzekering op grond van het bepaalde in artikel 5 en artikel 10. De restitutie wordt in alle gevallen, met uitzondering van de annulering binnen 30 dagen na de ingangsdatum, berekend aan de hand van de '78-methode'.

- b.** De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de betaalde koopsom te vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)(N-T+1)/(N(N+1))$, waarbij N staat voor de looptijd van de koopsom in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie waarbij T nooit groter dan N kan zijn.
- c.** In geval van annulering binnen 30 dagen zal de volledige premie worden terug betaald.
- d.** Restitutie van de maandelijkse premiebetaling vindt alleen plaats indien deze is betaald na de datum waarop de verzekeraar in kennis is gesteld van de beëindiging, tenzij tegen een latere datum wordt opgezegd.

Artikel 5 Wijziging van de verzekering

1. Wijziging van premie en voorwaarden

- a.** Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen. Een aanpassing van de eenmalige koopsompremie is niet mogelijk.
- b.** Een herziening treedt in werking 60 dagen na schriftelijke mededeling van de herziening aan verzekerde.
- c.** Verzekerde heeft het recht de wijziging, indien deze leidt tot een hogere premie en/of beperking van de voorwaarden, schriftelijk te weigeren binnen 60 dagen nadat hem/haar hiervan mededeling is gedaan. In dat geval eindigt de verzekering op de dag na ontvangst van de schriftelijke kennisgeving door verzekeraar.
- d.** Indien op de dag van inwerkingtreding van de herziening onder de oude voorwaarden een recht op een uitkering is erkend, treedt de herziening ten aanzien van die verzekerde en met betrekking tot dat voorval pas in werking op het moment dat het recht op uitkering is geëindigd.

2. Risicowijzigingen

De verzekerde is verplicht de verzekeraar direct in kennis te stellen wanneer de verzekerde:

- a.** voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt
- b.** minder dan 16 uur per week betaald en actief zijn beroep gaat uitoefenen.
- c.** voor beroepsarbeidongeschiktheid als criterium heeft gekozen en er een wijziging optreedt van de beroepswerkzaamheden.
- d.** gedurende de looptijd van de verzekering er een wijziging optreedt van de beroepswerkzaamheden van een zelfstandig ondernemer
- In bovengenoemde gevallen behoudt verzekeraar zich het recht voor de verzekering onder aangepaste voorwaarden voort te zetten, dan wel te beëindigen.

3. Verandering van werknemer naar zelfstandig ondernemer

Indien gedurende de looptijd van de verzekering de verzekerde zelfstandig ondernemer wordt en er gekozen is voor dekking in geval van werkloosheid vervalt deze. Tevens dient verzekeraar van de verandering van werknemer naar zelfstandig ondernemer op de hoogte te worden gesteld.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor de verzekering onder aangepaste voorwaarden voort te zetten, dan wel te beëindigen.

4. Optierecht

Verzekerde heeft het recht om verzekeraar uiterlijk twee maanden voor de optiedatum schriftelijk te verzoeken om zonder nieuwe gezondheidswaarborgen het op dat moment van toepassing zijnde verzekerd bedrag te verhogen met maximaal 20%. Voor verhoging van het verzekerd bedrag gelden de volgende voorwaarden:

- a.** verzekerde is op de optiedatum jonger dan 51 jaar, en
- b.** verzekerde is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 180 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt en verzekerde neemt actief en betaald deel aan het arbeidsproces, en
- c.** (de hoogte van) het verzekerd bedrag voldoet aan artikel 2.3 van deze voorwaarden.
- Na ontvangst van het door verzekeringnemer ondertekende schriftelijke verzoek hiertoe, stelt verzekeraar de voorwaarden en de premieverhoging vast aan de hand van de geldende acceptatieregels.

Artikel 6 Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

1. Uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

- a.** Het recht op uitkering gaat in na een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van tenminste een maand met terugwerkende kracht tot de eerste dag volgend op de eigen risico periode.
- b.** Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld.
- c.** 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 was of als zelfstandige ondernemer voor tenminste 16 uur per week betaald en actief een beroep uitoefende.

2. Uitkeringshoogte

- a.** Het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid wordt volledig uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 80 tot 100%.
- b.** Het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd bedrag het op het polisblad vermelde verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid wordt vermenigvuldigd met het percentage in de hieronder vermelde tabel.
- | | |
|--|---------------------------------|
| De uitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid: | |
| van 35% tot 45% | 40% van het verzekerde bedrag |
| van 45% tot 55% | 50% van het verzekerde bedrag |
| van 55% tot 65% | 60% van het verzekerde bedrag |
| van 65% tot 80% | 75% van het verzekerde bedrag |
| van 80% tot 100% | 100% van het verzekerde bedrag. |
- c.** Indien er sprake is van een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 35%, wordt geen uitkering verstrekt.
- d.** Indien door verzekerde gekozen is voor de variant waarbij bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid volledig wordt uitgekeerd, dan wordt, in afwijking van hetgeen in lid 2.b. van dit artikel is bepaald, bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80% een uitkering verstrekt van 100% van het verzekerd bedrag bij arbeidsongeschiktheid.

3. Uitkeringsduur in geval van arbeidsongeschiktheid

- a.** enige uitkering geschiedt maximaal tot de einddatum welke is vermeld op het polisblad
- b.** het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt, behoudens ingeval de verkoop van de woning voortvloeit uit de arbeidsongeschiktheid.

4. Mededelingen

Verzekeraar doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling na ontvangst van de relevante gegevens.

5. Vaststelling arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste twee jaar

De eerste twee jaar wordt het criterium beroepsarbeidsongeschiktheid gehanteerd.

a. Criterium beroepsarbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid is de eerste twee jaar sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, respectievelijk bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken.
2. De mate van arbeidsongeschiktheid, alsmede de periode waarvoor deze zal gelden, zal door verzekeraar worden vastgesteld aan de hand van gegevens van, door verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen, zoals een arbodienst, de werkgever of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.
3. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 5.a.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

b. Urencriterium

Gedurende de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate hiervan worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde werkzaamheden kan verrichten, af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte.

6. Arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar

a. Arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar wordt door de verzekeraar vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen medische en andere deskundigen. Bij het aangaan van de verzekering kan er worden gekozen uit 3 vaststellingscriteria. Het criterium dat van toepassing is staat op de polis vermeld.

b. Vaststelling ongeschiktheid voor gangbare arbeid (alleen beschikbaar voor werknemers)

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is sprake, als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving, voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.
2. Vanaf het derde 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.

c. Vaststelling ongeschiktheid voor passende arbeid

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is uitsluitend sprake indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde 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.
2. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 6.c.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar

subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

3. Alleen functies die hoogstens één (ARBI-) niveau lager liggen dan de oorspronkelijke functie worden als passend beschouwd.

d. Vaststelling bij beroepsarbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid vanaf het derde jaar is sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat (voor het op het polisblad vermelde beroep) in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, respectievelijk bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken.
2. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 6.d.1 beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

7. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering indien de arbeidsongeschiktheid is bevorderd of verergerd door de op het polisblad vermelde uitgesloten aandoening, letsel of ziekte.

8. Betalingen in geval van arbeidsongeschiktheid

De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de informatie die voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht.

9. Fiscaliteit en betaling van de uitkering

De verzekering voorziet in een keuzemogelijkheid om de premie voor arbeidsongeschiktheid wel of niet aftrekbaar te maken voor de inkomstenbelasting. Dit is afhankelijk van de gekozen wijze van uitkering van het verzekerd bedrag. Wordt gekozen voor een maandelijks periodieke uitkering van het verzekerd bedrag dan zijn de daarvoor betaalde premies fiscaal aftrekbaar (als uitgaven voor inkomensvoorziening) en is de uitkering belastbaar (als inkomen uit werk en woning). Wordt gekozen voor een uitkering ineens (van het verzekerd bedrag) dan zijn de daarvoor betaalde premies niet fiscaal aftrekbaar (als uitgaven voor inkomensvoorziening) en is de uitkering niet belastbaar (als inkomen uit werk en woning). De gekozen wijze van uitkering blijkt uit het polisblad.

a. Indien op het polisblad is aangekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, wordt de uitkering van het verzekerd bedrag maandelijks en achteraf verstrekt, conform het overig in artikel 6. bepaalde en onder inhouding van de verschuldigde belastingen en premies. In dit kader behoudt verzekeraar zich uitdrukkelijk het recht voor de verschuldigde belastingen en premies in te houden op de te verstrekken uitkering.

b. In alle andere gevallen wordt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som verstrekt, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd bedrag te vermenigvuldigen met het aantal maanden dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering wordt verstrekt zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid in de vorm van een voorschot op de eenmalige uitkering, maandelijks en achteraf. Deze voorschotten worden geacht geen uitkeringen te zijn welke van maand tot maand worden verkregen.

Artikel 7 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

Verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:

1. zich direct onder behandeling van een daartoe beoogde huisarts/specialist te stellen en in geval van psychische klachten onder behandeling van een psycholoog te stellen. Tevens dient verzekerde al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en al datgene na te laten wat herstel kan vertragen of verhinderen
2. om verzekeraar binnen 3 maanden van voortdurende arbeidsongeschiktheid hiervan schriftelijk in kennis te stellen; indien er sprake is van een eigen risico van 90 dagen om binnen 1 maand van voortdurende arbeidsongeschiktheid verzekeraar hiervan schriftelijk in kennis te stellen. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de verzekeraar het recht de eigen risicotermijn te verlengen met het aantal dagen dat de schademeldingperiode is overschreden
3. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 30 dagen na het verstrijken van de eigen risico periode, in geval van arbeidsongeschiktheid schriftelijk mededeling daarvan te doen aan verzekeraar. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan verzekeraar te zijn geretourneerd
4. zich - desgevraagd - op kosten van verzekeraar medisch te laten onderzoeken. De verzekeraar wijst hiervoor de arts of medische instelling aan
5. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken, en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden arbeidsongeschiktheid
6. zich na intreden van arbeidsongeschiktheid te onthouden van alles waardoor de belangen van verzekeraar worden of zouden kunnen worden geschaad
7. verzekeraar terstond op de hoogte te stellen van zijn/haar geheel of gedeeltelijk herstel of wanneer hij/zij andere betaalde arbeid heeft aanvaard. Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, kan leiden tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.

Artikel 8 Bepalingen in geval van werkloosheid

1. Uitkeringsduur en hoogte in geval van werkloosheid

- a. De maximale uitkeringsduur per schadegeval bedraagt 12 maanden.
- b. Het verzekerd bedrag wordt uitgekeerd bij volledige werkloosheid. Indien de verzekerde werkzaamheden hervat, blijft het recht op uitkering onder de verzekering bestaan. In dat geval heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke uitkering naar rato; Hierbij wordt voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd bedrag het op het polisblad vermelde verzekerd bedrag vermenigvuldigd met het percentage dat verzekerde werkloos is.

2. Uitkering in geval van werkloosheid

- a. De verzekering in geval van werkloosheid kan alleen worden ingeroepen indien de werkloosheid in Nederland ontstaat en verzekerde in de 6 maanden direct voorafgaand aan de werkloosheid voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor bepaalde of onbepaalde tijd in Nederland werkzaam was en volledig arbeidsgeschikt is.
- b. De verzekering voorziet in geval van werkloosheid in een uitkering ter grootte van het aantal maanden dat, na het verstrijken van de eigen risico periode in geval van werkloosheid,

de werkloosheid heeft voortgeduurd tot maximaal de uitkeringsduur in geval van werkloosheid, vermenigvuldigd met het verzekerd bedrag.

- c. Verzekerde kan tijdens de looptijd van de verzekering in geval van werkloosheid opnieuw aanspraak op een uitkering maken indien hij/zij gedurende een periode van tenminste 6 maanden voorafgaand aan de opnieuw opgetreden werkloosheid een dienstbetrekking of aanstelling in de zin van deze voorwaarden heeft vervuld en verder voldoet aan de vereisten die deze voorwaarden aan het recht op uitkering in geval van werkloosheid stellen. De na deze periode opnieuw opgetreden werkloosheid wordt in dat geval als een nieuwe schade aangemerkt. Indien de hernieuwde werkloosheid binnen 6 maanden na het einde van werkloosheid waarvoor een uitkering werd verleend optreedt, wordt dit als een voortzetting van de eerdere werkloosheid aangemerkt.
- d. Verzekeraar doet zo snel mogelijk mededeling van een vaststelling aan verzekerde.
- e. Het recht op uitkering vervalt op de dag waarop een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur wegens niet-verlenging op de einddatum zou zijn geëindigd, indien deze uitkering het gevolg was van het niet te verwijten onvrijwillige verlies van de dienstbetrekking zoals bepaald in artikel 1 lid 19.
- f. Het aannemen van een tijdelijke aanstelling of dienstbetrekking zal de einddatum van de uitkering uit deze verzekering in geval van hernieuwde werkloosheid nooit nadelig beïnvloeden.
- g. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

3. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van werkloosheid

a. Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering indien de werkloosheid het gevolg is van:

1. het verstrijken van de overeengekomen duur van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling voor bepaalde tijd
 2. opzegging door de werkgever op grond van dringende aan de werknemer onverwijld medegedeelde redenen. Als dringende redenen worden beschouwd zodanige daden, eigenschappen of gedragingen van de werknemer die tengevolge hebben dat van de werkgever redelijkerwijs niet verlangd kan worden de dienstbetrekking te laten voortduren
 3. ontbinding van de arbeidsovereenkomst wegens gewichtige redenen, voor zover als gewichtige redenen worden beschouwd de dringende redenen als bedoeld in de voorgaande zin
 4. een terugkerend feit of seizoensgebonden werkvermindering, zoals bijv. seizoenarbeid, dan wel een feit dat tot de aard van het werk of de functie behoort, zoals bijv. vorstverlet
 5. een op de ingangsdatum van deze verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid ongeacht de mate waar in deze bestond.
- b. Er bestaat geen recht op uitkering indien:
1. verzekerde niet kan aantonen dat hij/zij een loongerelateerde uitkering ontvangt in verband met zijn werkloosheid, alsmede gedurende de periode dat deze laatst genoemde uitkering door de daarmee belaste instantie wordt gekort als gevolg van het niet naleven van de daaraan gestelde regels of omdat verzekerde niet langer volledig werkloos wordt geacht,
 2. verzekerde voor het sluiten van de verzekering al op de hoogte was van het naderende ontslag,
 3. de werkloosheid in de eerste 180 dagen volgend op de ingangsdatum van deze verzekering ontstaat.

c. Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekerde die krachtens aanstelling in openbare dienst werkzaam is, ontslagen wordt op grond van:

1. onherroepelijk geworden veroordeling tot vrijheidsstraf wegens misdrijf
2. het bij of in verband met indiensttreding en/of keuring verstrekken van onjuiste of onvolledige inlichtingen, zonder welke handelwijze niet tot indienstneming of goedkeuring zou zijn overgegaan
3. weigering van een voor hem/haar passend geoordeelde vervangende betrekking.

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

4. Verplichtingen in geval van werkloosheid

Verzekerde is in geval van werkloosheid verplicht:

- a. zich te houden aan de voorschriften en de instructies van de instantie(s) belast met de uitvoering van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling
- b. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 30 dagen na de eerste dag van werkloosheid schriftelijk aan verzekeraar daar van mededeling te doen. Indien de melding van de werkloosheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de verzekeraar het recht de eigen risicotermijn te verlengen met het aantal dagen dat de schademeldingsperiode is overschreden. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan de verzekeraar te zijn geretourneerd
- c. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden werkloosheid
- d. zich na het intreden van werkloosheid te onthouden van alle handelingen waardoor belangen van de verzekeraar worden of kunnen worden geschaad
- e. ten genoegen van de verzekeraar aan de te tonen dat hij/zij een uitkering op grond van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling ontvangt door periodiek afschriften van de ter zake gedane mededelingen van de instanties belast met de uitvoering van die regeling, te overleggen
- f. verzekeraar machtiging te verlenen om bij voornoemde instantie inlichtingen in te winnen in verband met de uitkering die verzekerde geniet
- g. tijdig met de verzekeraar te overleggen bij vertrek naar het buitenland voor een periode langer dan 30 dagen
- h. verzekeraar terstond op de hoogte te stellen wanneer hij/zij een nieuw dienstverband is aangegaan of andere betaalde arbeid heeft aanvaard. Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, leidt tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.

5. Betalingen in geval van werkloosheid

De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na afloop van de werkloosheidsperiode en zo spoedig mogelijk na ontvangst van de bescheiden welke voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk wordt geacht. Verzekeraar is bevoegd voorschotten op de uitkering te verlenen.

Artikel 9 Bepalingen voor de extra uitkering

1. Uitkering in geval van overlijden door ongeval

a. Indien verzekerde binnen 730 dagen na het ongeval aan de gevolgen van dat ongeval overlijdt,

wordt een eenmalige uitkering gedaan van vierentwintig maal de op het polisblad vermelde verzekerde bedrag bij arbeidsongeschiktheid.

b. 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.

2. Begunstigde van de uitkering

De uitkering geschiedt aan de echtgen(o)ot(e) of partner van de verzekerde indien hij/zij hiermee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van de verzekerde. De begunstigde voor de extra dekking is verplicht bij overlijden tengevolge van ongeval ten minste 48 uur voor de begrafenis of crematie de verzekeraar op de hoogte te stellen en desgevraagd alle medewerking te verlenen bij het vaststellen van de doodsoorzaak.

3. Uitsluitingen

Naast de algemene uitsluitingen geldt dat er geen recht is op extra uitkering bij overlijden als het overlijden het rechtstreeks gevolg is van:

- a. vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen
- b. het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe
- c. deelneming aan beroepssport
- d. deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt.

Artikel 10 Duur en einde van de verzekering

1. Ingang en einde van de verzekering

Deze verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum.

2. Ingang bij koopsom/koopsompriemebetaling

Indien deze verzekering tegen betaling van een koopsom premie is aangegaan en op het aanvraagformulier is aangegeven dat de koopsom wordt overgemaakt, dan is de ingangsdatum gelijk aan de datum waarop de verschuldigde koopsom door verzekeraar wordt ontvangen. Mits deze betaling binnen twaalf maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan plaatsvindt en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert. De polis wordt afgegeven na ontvangst van de koopsompriem.

Indien deze verzekering tegen koopsompriem is gesloten en op het aanvraagformulier is aangegeven dat de koopsompriem door de verzekeraar dient te worden geïncasseerd, dan is de ingangsdatum gelijk aan de op het aanvraagformulier vermelde gewenste ingangsdatum. Mits de gewenste ingangsdatum binnen 12 maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan, is gelegen en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert. De koopsompriem incasso dient binnen dertig dagen na de ingangsdatum te slagen. Indien de koopsompriem-incasso niet binnen dertig dagen slaagt, wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen. De polis wordt afgegeven na het verstrijken van de ingangsdatum.

3. Ingang bij maandpremie

Indien deze verzekering tegen maandpremie is gesloten dan is de ingangsdatum gelijk aan de op het aanvraagformulier vermelde gewenste ingangsdatum, mits de gewenste ingangsdatum binnen 12 maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan is gelegen en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert. De eerste premie incasso dient binnen dertig dagen na de ingangsdatum te slagen. Indien de eerste premie-incasso niet binnen dertig dagen slaagt, wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen. De polis wordt afgegeven na de ingangsdatum.

4. Annuleringstermijn

Verzekerde heeft het recht om deze verzekering schriftelijk binnen 30 dagen na de ingangsdatum te annuleren.

5. Voorlopige dekking

Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de datum dat de aanvraag medisch is geaccepteerd, is de verzekerde voorlopig gedekt. Op de voorlopige dekking zijn verder de voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering.

6. Einde van de verzekering

Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald over opzegging en/of beëindiging van de verzekering, eindigt deze:

- a. op de einddatum van de verzekering
- b. op de dag waarop verzekerde overlijdt
- c. op de dag waarop verzekerde gebruik maakt van een VUT- regeling of met (pre-)pensioen gaat
- d. op de dag waarop verzekerde 65 jaar wordt
- e. op de dag dat verzekerde gedurende vier jaar geen eigenaar van een woning is geweest.

In geval de verzekering tegen koopsom is gesloten geldt dat verzekerde gedurende de looptijd de verzekering maandelijks, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. Verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van een maand in acht te nemen. Een onder dekking van de verzekering vallend evenement, ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekerde heeft opgezegd kan enkel leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de nieuwe einddatum. Indien de verzekering tegen maandpremie is gesloten geldt dat de verzekering maandelijks per de maandelijke premievervaldatum kan worden opgezegd. Verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van een maand in acht te nemen. Een onder dekking van de verzekering vallend evenement ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekerde heeft opgezegd kan enkel leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de nieuwe einddatum.

7. Algemene verplichtingen

Indien één van de beëindigingsgronden, zoals beschreven in lid 6 van dit artikel zich voordoet, dient de verzekerde, of ingeval van overlijden zijn of haar nabestaande(n), zich te wenden tot de tussenpersoon door wiens bemiddeling de verzekering tot stand is gekomen ter verkrijging van een beëindigingformulier.

Artikel 11 Vervaltermijnen

1. Ieder recht van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 3 jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt,

tenzij de verzekerde binnen deze 3 jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

2. Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

Artikel 12 Klachten en geschillen

1. Klachten naar aanleiding van deze verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk worden ingediend bij de directie van de verzekeraar. Een samenvatting van de bij verzekeraar gehanteerde klachtenprocedure is op aanvraag beschikbaar.

2. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de verzekeringnemer niet bevredigend is, kan de verzekeringnemer, mits in particuliere hoedanigheid, zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, NL. Binnen dit instituut zijn de Ombudsman en de Geschillencommissie werkzaam.

3. Indien er sprake is van een geschil naar aanleiding van deze verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer enerzijds en de verzekeraar anderzijds, dat niet in gemeenschappelijk overleg geregeld kan worden, kan de verzekeringnemer dit geschil voorleggen aan de bevoegde Nederlandse rechter.

Artikel 13 Adressering en kennisgeving

Kennisgevingen door of namens verzekeraar aan verzekerde geschieden rechtsgeldig aan het diens laatste, bij verzekeraar bekende adres. Kennisgevingen door verzekerde aan verzekeraar geschieden rechtsgeldig indien zij zijn gericht aan verzekeraar.

Artikel 14 Registratie persoonsgegevens

De op het polisblad opgenomen persoonsgegevens en de eventueel nader door verzekerde te verstrekken persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de verzekeraar beheerde verzekerdenregistratie. Deze registratie is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) te 's-Gravenhage.