



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.



eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE VOORWAARDEN

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

ALGEMENE VOORWAARDEN

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid	12
21. Uitkeringsduur arbeidsongeschiktheid	13
22. Uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid	13
23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid	13
24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid	13
25. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid.	13
26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	14
27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid.	15



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 BV, 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 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 risicoperiode:

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 voorwendselen.

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.



eenvoudig transparant

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 uitdroging 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.

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 of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Tussenpersoon:

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

Uitkering:

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

UWV:

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

Verzekeraar:

iptiQ Life S.A., Nederlandse vestiging, Capellalaan 65, 2132 JL Hoofddorp, Nederland. De verzekeraar werkt onder een vergunning die is verleend door de Luxemburgse toezichthouder, de CAA (Commissariat Aux Assurances), bekend onder registratienummer B-184281. De verzekeraar is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 60611952. TAF BV treedt op als administrateur/gevolmachtigd agent namens iptiQ Life S.A..

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.

Verzekerde/ Verzekeringnemer:

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,



eenvoudig transparant

respectievelijk jonger dan 62 jaar en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen. Hierna te noemen verzekerde.

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.

3. Grondslag van de verzekering

3.1 De door 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 verzekerde heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst op te zeggen per aan de verzekeraar gericht (digitaal) schrijven. 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 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;



eenvoudig transparant

- 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;
 - 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 verzekeraar kan niet gehouden worden uitkering te verlenen als nationale of internationale sanctieregelgeving haar verbiedt om uitvoering te geven aan de verzekering of indien blijkt dat verzekeringnemer, verzekerde of een andere belanghebbende is opgenomen op een (inter) nationale sanctielijst of als de verzekeringnemer of verzekerde geen medewerking verleent aan het vaststellen van de uiteindelijk belanghebbende van een (rechts) persoon die belanghebbende is bij de verzekering.
- 4.5 De verzekerde kan gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens één volle kalendermaand, te rekenen vanaf de ingangsdatum, opzeggen per aan de verzekeraar gericht (digitaal) schrijven. De verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van minimaal één volle kalendermaand in acht te nemen.
- 4.6 Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekerde heeft opgezegd, doch voor de beëindigingsdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de beëindigingsdatum.
- 4.7 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.
- a. Indien de schade (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend. Onder opzet of roekeloosheid wordt onder meer, maar niet uitsluitend, poging tot zelfmoord of het zelf toebrengen van letsel verstaan;
 - 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 door de verzekerde;
 - 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;
 - g. Indien blijkt dat verzekerde of een andere belanghebbende is opgenomen op een (inter)nationale sanctielijst of als (inter)nationale sanctieregelgeving de verzekeraar verbiedt om uitvoering te geven aan de verzekering of als de verzekeringnemer of verzekerde geen medewerking verleent aan het vaststellen van de

5. Algemene uitsluitingen

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



eenvoudig transparant

uiteindelijk belanghebbende van een (rechts) persoon die belanghebbende is bij de verzekering.

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 en 25 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 verzekerde;
- 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 en betaling 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 maandelijks premiebetaling worden afgesloten. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd.

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 verzekerde 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 verzekerde, 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 geretourneerd.

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 verzekerde. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de



eenvoudig transparant

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 verzekerde een schade-uitkering ontvangt krachtens deze verzekering. De eventuele verrekening van reeds betaalde premies zal maandelijks achteraf plaatsvinden.

9.8 Premierestitutie:

De verzekering kan uitsluitend tegen maandelijks premiebetaling worden afgesloten en er bestaat geen recht op restitutie.

9.9 Einddatum premiebetaling:

Afhankelijk van de gekozen Eigen risicoperiode eindigt de premiebetaling voor de verzekering:

a. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 180 dagen: 6 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

b. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 365 dagen: 12 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

c. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 730 dagen: 24 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld.

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 verzekerde.

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 verzekeringsmaatschappijen 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 verzekerden. De verzekeraar verandert op grond van het eerste lid nooit alleen een individuele polis. Past de verzekeraar iets aan? Dan wordt de verzekerde door de verzekeraar geïnformeerd over een aanpassing. Ook informeert



eenvoudig transparant

de verzekeraar de verzekerde waarom de aanpassing wordt doorgevoerd. Minimaal 60 dagen later gaat de aanpassing in. Is de verzekerde het niet eens met de aanpassing? Dan mag de verzekerde de verzekering binnen 60 dagen opzeggen per aan de verzekeraar gericht (digitaal) schrijven. De verzekeraar stopt de verzekering dan op de datum dat de wijziging zou ingaan. Krijgt de verzekerde 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 verzekerde 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 verzekerde 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 verjaren.
- 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 verzekerde zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.
- 15.2 De verzekerde is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand kennis te geven van elke adreswijziging van de verzekerde. Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekerde 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 verzekerde is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand te informeren indien de verzekerde 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



eenvoudig transparant

waarborgen. De verwerking van persoonsgegevens is in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Verder is op de 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 verzekerde en nabestaande(n) verplicht, de verzekeraar direct doch uiterlijk binnen 2 maanden schriftelijk te informeren wanneer:
- 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;
 - De verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
 - De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
 - De verzekerde is overleden;
 - De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
 - De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;

- De verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer;
- De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling. Als de verzekerde hier niet aan voldoet, kan de verzekeraar besluiten een uitkering te beëindigen of af te wijzen.

17. Wijziging verzekerd maandbedrag

- 17.1 Het verzekerd maandbedrag mag binnen 3 maanden na onderstaande momenten zonder nieuwe of aanvullende gezondheidsvragen worden verhoogd.
- De verzekerde treedt in het huwelijk of gaat een geregistreerd partnerschap aan;
 - Ontbinding van een samenlevingscontract van de verzekerde;
 - Echtscheiding of ontbinding van het geregistreerd partnerschap van de verzekerde;
 - Scheiding van tafel en bed;
 - Geboorte of adoptie van een kind van de verzekerde;
 - Het afsluiten of verhogen van een hypotheek ten behoeve van de aanschaf van een nieuwe woning of de verbouwing van een bestaande woning van de verzekerde;
 - Een verhoging van de hypotheekrente van de verzekerde;
 - Het afsluiten van een nieuwe hypotheek als herfinanciering van de eigen woning van de verzekerde;
 - De verzekerde gaat een overeenkomst aan met een nieuwe werkgever;
 - Promotie van de verzekerde bij eenzelfde werkgever waarbij sprake is van een gewijzigde functie titel en een stijging van het inkomen met minimaal 5%. Indien de verzekerde aanspraak maakt op een uitkering heeft de verzekeraar het recht om documenten op te vragen waaruit blijkt dat het verzekerd bedrag gewijzigd is als gevolg van één van bovenstaande momenten.



eenvoudig transparant

- 17.2 De verhoging is maximaal 20% van het verzekerd maandbedrag. Voor verhoging van het verzekerd maandbedrag gelden de volgende aanvullende voorwaarden:
- Verzekerde is op het moment van de verhoging jonger dan 55 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.
- 17.3 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
www.taf.nl
 - 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



eenvoudig transparant

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.

daarvan aan de verzekerde mededeling worden gedaan.

- 23.2 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevend uitkering. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

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 dagen). De uitkeringsduur en de eigen risico periode die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.

- 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

24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 24.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens 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 verzekerde bedrag bij arbeidsongeschiktheid uitgekeerd.

25. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid

- 25.1 Voor de dekking arbeidsongeschiktheid geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:
- Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
 - Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevordert of verergerd:
 - door een ongeval, veroorzaakt doordat u onder invloed was van alcohol. Daarvan is in ieder geval sprake als uw alcoholpercentage in het bloed minstens 0.5 promille is, of bij beginnende bestuurders minstens 0.2 promille, en/of;
 - door alcoholgebruik of als de arbeidsongeschiktheid daardoor blijft bestaan, en/of;



eenvoudig transparant

- door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift.
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.

26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 26.1 De verzekerde is verplicht binnen 3 maanden na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, althans zo snel als redelijkerwijs mogelijk is, 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.
- 26.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.
- 26.3 De verzekerde is 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, werkherwinning of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkherwinning 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 werkherwinning, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;
 - 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. Als de verzekerde hier niet aan voldoet, kan de verzekeraar besluiten een uitkering te beëindigen of af te wijzen.



eenvoudig transparant

27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

27.1 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.