



Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Maandlastbeschermer Zelfstandige

Door hard te werken bepaalt u uw eigen succes. Maar stel dat dat harde werken niet meer lukt door een ongeval of een ernstige ziekte? Als ondernemer bent u zelf verantwoordelijk voor de financiële gevolgen als u niet kunt werken door ziekte of arbeidsongeschiktheid. U heeft geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering van de overheid. En een bijstandsuitkering? Die krijgt u pas als er u geen inkomen of spaargeld meer heeft én met uw bedrijf stopt. Kunt u dan uw woonlasten nog blijven betalen? Met een TAF Maandlastbeschermer Zelfstandige verzekert u zich van een maandelijks uitkering als u niet meer kunt werken door een (ernstige) ziekte of een ongeval zodat u uw woonlasten kunt blijven betalen. Een gerust gevoel.

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

QL MLBZ 02-2022



eenvoudig transparant



eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE BEPALINGEN

1. Definities
2. Strekking van de verzekering
3. Grondslag van de verzekering
4. Aanvang, duur en einde van de verzekering
5. Premiebetaling
6. Wijziging verzekerd maandbedrag
7. Verpanding, belening en premierestitutie
8. Begunstiging
9. Terugvordering
10. Verhaal van kosten en belasting
11. Fraude
12. Wijziging van premie en/of voorwaarden
13. Verval van rechten en verjaring
14. Adreswijzigingen, correspondentie en verwerking persoonsgegevens
15. Meldingsplicht
16. Klachtenbehandeling
17. Toepasselijk recht

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

18. Dekking bij arbeidsongeschiktheid
19. Uitkeringsgrens arbeidsongeschiktheid
20. Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid
21. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
22. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
23. Uitsluitingen arbeidsongeschiktheid
24. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
25. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
26. Voorlopige dekking
27. Fiscaliteit en betaling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
28. Vergoeding re-integratiekosten



eenvoudig transparant

ALGEMENE VOORWAARDEN

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aandoeningen:

Een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand waarbij:

- een gespecialiseerd arts een lichamelijke afwijking heeft gevonden of;
- een geestelijke (of psychische) aandoening is vastgesteld welke wordt behandeld door een psycholoog of psychiater;
- de oorzaak van geestelijke of psychische aandoeningen moet na de ingangsdatum van de verzekering liggen.

Aanvraagformulier:

Het document dat tot de polis heeft geleid.

Addendum:

Elke aanvullende bijlage op de polis die door de verzekeraar wordt uitgegeven, waarin een herziening van of een toevoeging aan de algemene verzekeringsvoorwaarden en/of het polisblad is opgenomen.

Administrateur:

TAF BV,
Postbus 4562
5601 EN EINDHOVEN
Telefoon: 040-707 38 90
E-mail: info@taf.nl
Internet: www.taf.nl
KvK nummer 28081869
AFM registratienummer 12019919

Arbeidsongeschiktheid:

Van arbeidsongeschiktheid in deze voorwaarden is sprake wanneer is voldaan aan het volgende:

- Er is sprake van een aandoening, orgaandonatie of een ongeval;
- In relatie tot de aandoening, orgaandonatie of het ongeval bestaan er stoornissen;
- Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;
- Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;
- Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren

- Door deze objectiveerbare functiebeperking is de verzekerde voor minimaal de uitkeringsgrens ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

Arts/Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Beëindigingdatum:

De datum waarop de verzekering eindigt indien de verzekerde de verzekering voor het bereiken van de einddatum opzegt of de datum waarop de verzekeraar de verzekering beëindigt.

Begunstigde(n):

De (rechts)persoon of (rechts)personen aan wie het verzekerd bedrag dient te worden uitgekeerd.

Bruto Woonlasten:

De aantoonbare financiële maandelijkse lasten die gerelateerd zijn aan het bezit van een eigen woning die dient als hoofdverblijf van de verzekerde. 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).

Contractperiode:

De periode van 12 maanden waarvoor verzekerde de verzekering afsluit. Na het verstrijken van iedere contractperiode wordt de verzekering automatisch, tot maximaal de einddatum, met 12 maanden verlengd.

Contractvervaldag:

De datum waarop de contractperiode eindigt.

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 risicoperiode is van toepassing op elke (nieuwe) schade en gaat in op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.



eenvoudig transparant

Eigen woning:

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

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt zoals genoemd 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 arbeidsongeschiktheidsverzekering onder valse voorwendzelen.

Gebrek:

Een lichamelijke en of geestelijke tekortkoming, het “zo zijn”.

Ingangsdatum:

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

Kwaadwillige besmetting:

Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel Toezicht genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Ongeval:

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

- a. verbranding, bevriezing, verdrinking, verstikking;
- b. uitputting, verhogering of verdorping als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;

c. wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;

d. verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of directe medische behandeling van ongevalsletsels;

e. acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen of stoffen.

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.

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.

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel Toezicht genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Verzekeraar:

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



eenvoudig transparant

Verzekerde/Verzekeringnemer:

De op het polisblad genoemde natuurlijke persoon die de verzekering aangaat en bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend voor zover daar, krachtens deze voorwaarden, recht op bestaat en die zelfstandig ondernemer is in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. Verzekerde woont gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland en staat ingeschreven in de basisregistratie personen (BRP). Hierna te noemen verzekerde.

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag met een minimum van € 100,- en een maximum van € 2.500,-. Het verzekerd 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.

Zelfdoding:

Het al dan niet opzettelijk beëindigen van het eigen leven.

2. Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel om een uitkering te verlenen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.

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.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekering wordt afgesloten voor een contractperiode van 12 maanden. Na het verstrijken van iedere contractperiode wordt de verzekering automatisch, tot maximaal de einddatum, met 12 maanden verlengd.
- 4.2 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.
- 4.3 De verzekerde heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. De verzekeraar zal in dat geval de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.
- 4.4 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:
 - 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 dag waarop de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer is ingeschreven in de basisregistratie personen (BRP), tenzij verzekeraar en verzekerde anders overeenkomen;
 - 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 eerste dag van de maand waarin de verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
 - g. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet en dit niet het gevolg is van zijn of haar arbeidsongeschiktheid;
 - h. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, tenzij verzekeraar en verzekerde anders overeenkomen.
- 4.5 Voor deze verzekering geldt dat de verzekerde de verzekering per het einde van de eerste contractperiode op kan zeggen. Na afloop van de eerste contractperiode kan de verzekerde de verzekering dagelijks opzeggen en wordt de verzekering per de laatste dag van de maand beëindigd.
- 4.6 Bij arbeidsongeschiktheid ontstaan in de periode nadat de verzekerde de verzekering heeft opgezegd, doch voor de beëindigingdatum behoudt de verzekerde het recht op uitkering gedurende de overeengekomen uitkeringsduur. De verzekering wordt dan pas beëindigd als verzekerde geen recht meer heeft op een uitkering. Voor de uitkering geldt dat:
- als de mate van arbeidsongeschiktheid toeneemt, het uitkeringspercentage niet wordt verhoogd;
 - als de mate van arbeidsongeschiktheid afneemt, het uitkeringspercentage wel wordt verlaagd;
 - alle verplichtingen uit deze voorwaarden blijven, zolang de uitkering loopt, van toepassing.
- Verzekerde is verplicht om uiterlijk op de beëindigingdatum melding te doen van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar. Wordt de melding van de arbeidsongeschiktheid later dan de beëindigingsdatum gedaan dan is er geen recht meer op een uitkering.
- 4.7 Een verzekering kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd.

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

5. Premiebetaling

- 5.1 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 Nederlandse bankrekening. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.
- 5.2 De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is.
- 5.3 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 vanaf de ingangsdatum geschorst 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.
- 5.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de administrateur worden gemaakt ter incasso van achterstallige premietermijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekerde. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.
- 5.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een schade is niet gedekt.
- 5.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid openstaande premietermijnen te verrekenen met verschuldigde uitkeringen.



eenvoudig transparant

- 5.7 Premievrijstelling:
Zolang de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid uit deze verzekering ontvangt, zal de verzekeraar vanaf de 366e dag van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verlenen voor het gedeelte van de premie dat gelijk is aan het uitkeringspercentage. De verrekening inzake premievrijstelling zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.
- 5.8 Einddatum premiebetaling:
Afhankelijk van de gekozen Eigen risicoperiode eindigt de premiebetaling voor de verzekering:
- Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 90 dagen: 3 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
 - Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 180 dagen: 6 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
 - Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 365 dagen: 12 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
 - Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 730 dagen: 24 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad.

6. Wijziging verzekerd maandbedrag

- 6.1 Verzekerde heeft het recht om het verzekerd bedrag, op de contractvervaldag, te verhogen zonder nieuwe of aanvullende medische waarborgen, vanaf 60 maanden na de ingangsdatum of vanaf 60 maanden na datum van de laatste verhoging. De verhoging is maximaal 20% van het verzekerd maandbedrag.
- 6.2 Een verhoging van het verzekerd bedrag is niet mogelijk indien:
- verzekerde de 55-jarige leeftijd heeft bereikt;
 - de einddatum van de verzekering binnen 5 jaar wordt bereikt;
 - verzekerde 6 maanden of korter voorafgaande aan het verzoek tot verhoging geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is of arbeidsongeschikt is geweest;

- het verzekerde bedrag het maximum van € 2.500,- per maand heeft bereikt;

- 6.3 De verzekerde heeft het recht om het verzekerd bedrag, per de eerste van de maand, zonder opgaaf van redenen te verlagen echter nooit tot een lager verzekerd bedrag dan € 100,- per maand.
- 6.4 De verzekerde dient uiterlijk 30 dagen voor de gewenste wijzigingsdatum zijn verzoek tot verhoging of verlaging schriftelijk kenbaar te maken aan de verzekeraar.
- 6.5 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.

7. Verpanding, belening en premierestitutie

- 7.1 De verzekerde kan de uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen niet aan een ander overdragen of verpanden.
- 7.2 De verzekering kan niet worden beleend.
- 7.3 De verzekering heeft geen afkoopwaarde.
- 7.4 De verzekering kan niet premievrij worden gemaakt. De verzekering heeft namelijk geen premievrije waarde, althans niet boven het wettelijk vastgestelde grensbedrag, omdat in de premie een korting is verwerkt wegens de kans op tussentijdse beëindiging.

8. Begunstiging

- 8.1 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde zullen worden uitgekeerd aan de verzekerde.



eenvoudig transparant

9. Terugvordering

De verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen en alle in verband hiermee gemaakte kosten terug te vorderen.

10. Verhaal van kosten en belasting

- 10.1 De medische keuringskosten komen voor rekening van de verzekerde indien deze na een medische keuring zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden doch de verzekerde hiervan afziet. Onder deze kosten vallen ook de kosten die worden gemaakt voor geneeskundig onderzoek in verband met het in kracht herstellen van de verzekering.
- 10.2 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 begunstigde.

11. Fraude

Fraude heeft tot gevolg dat:

- geen uitkering zal plaatsvinden;
- een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met alle gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd;
- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

12. Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 12.1 Verzekeraar kan de premie en voorwaarden per contractvervaldag aanpassen. Verzekeraar verhoogt of verlaagt de premie met maximaal 20% per jaar. De nieuwe premie en/of voorwaarden gaan in op de ingangsdatum van de nieuwe contractperiode. De verzekeraar informeert de verzekerde minimaal 3 maanden voor de contractvervaldag over de wijziging van de premie en/of voorwaarden. Is de verzekerde op het moment van de aanpassing op grond van deze

voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering.

- 12.2 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dan wel uitzonderlijke omstandigheden zich voordoen die een wijziging van de premie en/of voorwaarden noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijs te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder of besluit van een bevoegde gerechtelijke instantie.

De verzekeraar doet hiervan, minimaal 3 maanden voor de vastgestelde datum, mededeling aan de verzekerde, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk verschijnend dagblad. Indien ingevolge gewijzigde wet- en/of regelgeving, rechtspraak of een besluit van een toezichthouder een eerdere datum is voorgeschreven doet de verzekeraar zo spoedig mogelijk mededeling aan verzekerde. Is de verzekerde op het moment van de aanpassing op grond van deze voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering tenzij een dwingende verzekeringsvoorschrift anders bepaalt.

- 12.3 De verzekerde heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe premie en/of voorwaarden te weigeren, indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking. Geen recht van weigering bestaat indien het een verplichte wijziging betreft, die het rechtstreekse en uitsluitend gevolg is van gewijzigde wet- en/of regelgeving, rechtspraak of een besluit van een toezichthouder.
- 12.4 Indien de verzekerde van het in artikel 12.3 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, nadat de verzekeraar de mededeling heeft verzonden, schriftelijk informeren. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 12.1 en 12.2 bedoelde datum beëindigd.



eenvoudig transparant

12.5 Heeft de verzekerde geen gebruik gemaakt van het in artikel 12.3 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe premie en/of voorwaarden.

13. Verval van rechten en verjaring

13.1 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.

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

14. Adreswijzigingen, correspondentie en verwerking persoonsgegevens

14.1 Correspondentie aan de verzekerde en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.

14.2 De verzekerde is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand kennis te geven van elke adreswijziging of wijziging van het e-mailadres van zowel de verzekerde als de premiebetaler. 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 laatste, bij de verzekeraar bekende, tussenpersoon die bemiddeld heeft voor de totstandkoming van de verzekering.

14.3 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.

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

14.5 Kennisgevingen aan de verzekerde en bij de verzekering belanghebbenden worden geacht hen te hebben bereikt en zij worden geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).

14.6 Correspondentie aan de verzekeraar dient gericht te worden aan:
TAF B.V. (administrateur)
Postbus 4562
5601 EN Eindhoven

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

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



eenvoudig transparant

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.

15. Meldingsplicht

- 15.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermeld over meldingsplicht zijn de verzekerde en nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering en/of beëindiging van de verzekering zoals vermeld in artikel 4.4, de verzekeraar zo spoedig mogelijk 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 werkzaamheden 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 risicoverzwaaringsinhoudt;
 - wel risicoverzwaaringsinhoudt, 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 2 maanden naar het buitenland vertrekt;
 - de verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
 - de verzekerde is overleden;
 - de verzekerde gedurende meer dan 2 maanden minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;

- de verzekerde geheel of gedeeltelijk de actieve beroepsbezigheden heeft beëindigd; of het bedrijf waarin verzekerde werkzaam is wordt beëindigd;
- de verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;
- de verzekerde op de hoogte is van het feit dat het bedrijf waar de verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt, surseance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard, dan wel de Wet Persoonlijke Schuldsanering op hem van toepassing is;
- de verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat.

- 15.2 Indien niet aan de meldingsplicht wordt voldaan bestaat er geen recht op premierestitutie.

16. Klachtenbehandeling

- 16.1 Voor klachten in verband met deze verzekering kan de belanghebbende zich schriftelijk wenden tot de administrateur. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan de belanghebbende zich, binnen een jaar nadat de klacht aan de administrateur of verzekeraar is voorgelegd of binnen drie maanden na de dagtekening van de brief of het bericht waarin de administrateur of verzekeraar definitief schriftelijk het standpunt over de klacht kenbaar heeft gemaakt, wenden tot: Het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("Kifid")
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248) www.kifid.nl
De langste van de twee hiervoor genoemde termijnen geldt.
- 16.2 Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de in artikel 16.1 genoemde mogelijkheid 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.



eenvoudig transparant

17. Toepasselijk recht

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

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

18. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

- 18.1 Er is recht op een uitkering indien er op grond van deze voorwaarden sprake is van arbeidsongeschiktheid en de verzekerde zijn of haar werkzaamheden niet conform de uitkeringsgrens uit kan voeren.
- 18.2 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar overgaat tot het staken, opheffen of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, of zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar zijn aandelen daarin verkoopt, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid. Indien de verzekeraar voorafgaand toestemming heeft gegeven, wordt op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid beoordeeld.
- 18.3 Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:
De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde door arbeidsongeschiktheid de eigen werkzaamheden (gedeeltelijk) heeft gestaakt en zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Bij arbeidsongeschiktheid door psychische klachten geldt aanvullend dat de verzekerde moet worden behandeld door een psycholoog of psychiater, waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat de intake niet wordt gezien als medische behandeling, en dat de psychische aandoening definitief gediagnosticeerd dient te zijn door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater.
- 18.4 De verzekerde dient in de 4 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Indien aan bovengenoemde voorwaarde niet is voldaan als gevolg van vakantie of periodes tussen twee opdrachten dan dient de verzekerde in de 14 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid minimaal 8 weken voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Indien aan bovengenoemde voorwaarden niet is voldaan bestaat er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
- 18.5 Indien de verzekerde na beëindiging van een schade opnieuw arbeidsongeschikt wordt geldt dat:
- Perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengesteld waarbij er gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid geen recht bestaat op een uitkering.
- 18.6 Beoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van passende arbeid.
- 18.7 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid:
Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden, met inachtneming van artikel 24.3 onderdeel h, in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kunnen worden verlangd. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de eigen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.
- 18.8 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:
Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van passende werkzaamheden. Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden in redelijkheid en volgens



eenvoudig transparant

deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderd inkomen en met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid. 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, inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.

- 18.9 Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen dan zal de 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.

19. Uitkeringsgrens arbeidsongeschiktheid

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

20. Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid

- 20.1 De uitkeringsduur per schade is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode. De uitkeringsduur en Eigen risicoperiode die van toepassing is op deze verzekering staan vermeld op het polisblad.

- 20.2 Uitkeringsduur:

Keuze:	Maximaal aantal uitkeringen per schade:
2 jaar	24 maanden met aftrek van de gekozen Eigen risico periode
5 jaar	60 maanden met aftrek van de gekozen eigen risico periode
10 jaar	120 maanden met aftrek van de gekozen eigen risico periode
Einde looptijd	Tot einddatum verzekering met aftrek van Eigen risicoperiode

21. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 21.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekerde mededeling worden gedaan.

Arbeidsongeschiktheid welke het directe of indirecte gevolg is van een gebrek of de invloed van het gebrek op de arbeidsongeschiktheid worden bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing gelaten.

- 21.2 Indien de verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid dan dient deze dit binnen 30 dagen kenbaar te maken aan de verzekeraar en aan te geven waarop het bezwaar is gebaseerd. De verzekeraar neemt het bezwaar in behandeling en probeert samen met de verzekerde tot een oplossing te komen. Lukt dit niet dan kan verzekerde binnen 30 dagen nadat de verzekeraar haar standpunt aan de verzekerde kenbaar heeft gemaakt verzoeken om een contra-expertise (second opinion) uit te laten voeren.

In overleg tussen de verzekeraar en verzekerde wordt bepaald welke deskundige de contra-expertise uitvoert. De kosten van de contra-expertise worden door de verzekeraar vergoed.

De uitslag van de contra-expertise is zowel voor de verzekeraar als voor de verzekerde bindend. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid hoger of lager blijkt dan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals in eerste instantie bepaald door de verzekeraar, dan wordt de uitkering, met in achtneming van het elders bepaalde in deze polisvoorwaarden, met terugwerkende kracht aangepast aan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald tijdens de contra-expertise.

De verzekeraar kan ervoor kiezen om niet mee te werken aan een second opinion in het geval dat het uitvoeren van een second opinion in redelijkheid niet tot een ander standpunt kan leiden of indien het verzoek van verzekerde om een andere reden onredelijk is.



eenvoudig transparant

Indien verzekerde zelf zonder overleg en toestemming van de verzekeraar een deskundige inschakelt voor een contra-expertise dan is de uitkomst van het onderzoek niet bindend voor de verzekeraar. De kosten van dit onderzoek worden niet vergoed door de verzekeraar.

- 21.3 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.

22. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 22.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens de uitkeringsgrens als omschreven in artikel 19.1 bedraagt het uitkeringspercentage 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.
- 22.2 Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering, en bij verhoging van het verzekerd bedrag, in geen geval hoger zijn dan 125% van de bruto woonlasten van verzekerde.
- 22.3 Op het moment dat er binnen vijf jaar na de ingangsdatum van de verzekering aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering heeft de verzekeraar het recht om het verzekerde maandbedrag en daarmee de uitkering te verlagen indien blijkt dat het verzekerd maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger was dan 125% van de bruto woonlasten van de verzekerde op de ingangsdatum van de verzekering.

- 22.4 Indien de verzekeraar op basis van artikel 22.3 het recht heeft het verzekerd bedrag te verlagen dan wordt het verzekerd bedrag verlaagd tot 125% van de aantoonbare bruto woonlasten van verzekerde. Indien de aantoonbare bruto woonlasten direct voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid hoger zijn dan ten tijde van het aangaan van de verzekering wordt uitgegaan van de van de aantoonbare bruto woonlasten direct voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid.

- 22.5 Er bestaat geen recht op restitutie van de premie over het achteraf te hoog verzekerde maandbedrag.

- 22.6 Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert voor arbeidsongeschiktheid op basis van meer dan één polis bij de verzekeraar.

23. Uitsluitingen arbeidsongeschiktheid

- 23.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat:
- a. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
 - b. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of van verdoovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
 - c. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
 - d. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het niet voldoen aan gestelde veiligheidsvoorschriften;
 - e. Indien de arbeidsongeschiktheid (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;



eenvoudig transparant

- f. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekerde of aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, in stand gehouden wordt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van, het plegen van een strafbaar feit;
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid 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;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- k. 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;
- l. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van een poging tot zelfdoding.

24. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 24.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de Eigen risicoperiode of, indien de Eigen risicoperiode langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier.
- Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, wordt de Eigen risicoperiode verlengd met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden.

Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.

- 24.2 Het formulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.
- 24.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:
- a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd (huis)arts, specialist, psycholoog of psychiater 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 verzekerde weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkhervatting of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkhervatting of re-integratie kan verhinderen of vertragen;
 - b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen(huis) arts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval en/of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken;



eenvoudig transparant

- 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 te bewaren die voor vaststelling van het verzekerd bedrag alsmede de aantoonbare bruto woonlasten noodzakelijk zijn en deze, indien de eerste dag van arbeidsongeschiktheid binnen 5 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt, aan de verzekeraar te verstrekken.
- e. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van gehele of gedeeltelijke werkhervatting, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;
- f. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
- g. Vooraf tijdig overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;
- h. Alle medewerking te verlenen aan re-integratie en aan 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. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de verzekeraar het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid, dan wel de uitkering te beëindigen.

- 24.4 Indien de verzekerde één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

25. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 25.1 Een uitkering eindigt:
 - a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsgrens niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.4 of 4.5 van deze voorwaarden;
 - c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 20, is verstreken;
 - d. Indien blijkt dat verzekerde is opgenomen op een (inter)nationale sanctielijst.

26. Voorlopige dekking

- 26.1 In afwijking van artikel 4.2 geldt dat arbeidsongeschiktheid als het directe en uitsluitende gevolg van een ongeval, gedurende een periode van 3 maanden te rekenen vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen, niet van dekking zal worden uitgesloten. De eigen risicoperiode zal in dat geval beginnen op de ingangsdatum van de verzekering.
- 26.2 Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden en in het bijzonder de uitsluitingen zoals vastgelegd in artikel 23 van deze voorwaarden van toepassing.
- 26.3 De voorlopige dekking eindigt:
 - a. op de ingangsdatum van de aangevraagde verzekering die op het polisblad staat vermeld



eenvoudig transparant

- b. op de datum dat de verzekeraar het bericht heeft verzonden dat de aangevraagde verzekering komt te vervallen of niet wordt geaccepteerd;
- c. op de datum dat de verzekeraar schriftelijk over de beëindiging van de voorlopige dekking bericht aan de verzekerde;
- d. uiterlijk 3 maanden nadat de administrateur het aanvraagformulier voor de verzekering heeft ontvangen.

- 26.4 Er is geen sprake van voorlopige dekking:
- voor op de aanvraagdatum bestaande ziektes, klachten en/of aandoeningen;
 - indien verzekerde eerder voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering is afgewezen of vanwege medische redenen niet op normale voorwaarden is geaccepteerd;
 - als verzekerde het voorstel van de verzekeraar ontvangt en dit voorstel niet accepteert.
- 26.5 Als de verzekerde elders reeds voor arbeidsongeschiktheid is verzekerd dan geldt de voorlopige dekking onder de voorwaarde dat de uitkering uit deze verzekering wordt verminderd met de uitkering die verzekerde nog vanuit de bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt.

27. Fiscaliteit en betaling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 27.1 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.
- 27.2 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 de Eigen risicoperiode 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.

28. Vergoeding re-integratiekosten

Eventuele re-integratiekosten worden door de verzekeraar geheel of gedeeltelijk vergoed indien:

- a. Het gaat om redelijke kosten die gemaakt worden om arbeidsongeschiktheid te verminderen en het hervatting van de werkzaamheden te bevorderen;
- b. De kosten zijn gemaakt na voorafgaande beoordeling en goedkeuring door de verzekeraar;
- c. Er elders geen recht bestaat op vergoeding van deze kosten;
- d. De kosten niet behoren tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling en/of revalidatie.