



# CARDIF

A BNP PARIBAS company

## CARDIF ZELFSTANDIG ZEKER PLAN ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN ZZZ 1006

Daar waar in de algemene verzekeringsvoorwaarden de formulering "hij" wordt gebruikt, kan ook "zij" gelezen worden.

### Algemene Bepalingen

#### Art. 1 Begripsomschrijvingen:

- a. **Verzekeraars:** CARDIF Schadeverzekeringen N.V. en CARDIF Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout. De bij CARDIF Schadeverzekeringen ondergebrachte dekkingen zijn ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval. De bij CARDIF Levensverzekeringen ondergebrachte dekking is nabestaandenzorg. CARDIF Schadeverzekeringen N.V. en CARDIF Levensverzekeringen N.V. zijn bij de Autoriteit Financiële Markten in het WFD-vergunningenregister ingeschreven onder nummer 12000652 en respectievelijk nummer 12000445.
- b. **Verzekeringnemer:** de persoon die met verzekeraar(s) de polis is aangegaan of diens rechtsopvolger(s) bij overlijden van verzekeringnemer.
- c. **Verzekerde:** de natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woonachtig is.
- d. **Verzekerd maandbedrag:** het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van euro 125,- en een maximum van euro 2.000,- per verzekerde per soortgelijke module bij verzekeraar(s).
- e. **Eigen risico periode:** de periode waarin verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke, ook zich recidiverende, arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval en vangt aan op de dag waarop door een arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De eigen risicoperiode staat vermeld op het polisblad.
- f. **Ziekte:** een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.
- g. **Ongeval:** een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.
- h. **Tussenpersoon:** de natuurlijke persoon of rechtspersoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.
- i. **Ernstige ziekte:** een van de volgende aandoeningen;
  1. verworven hartaandoening, al dan niet op basis van een hartinfarct, waarbij een functieverlies van de linkerhartkamer optreedt, zodanig dat de ejectiefractie van de linkerhartkamer is afgenomen tot 35% of minder;
  2. hersenletsel, al dan niet met infarct: elk plotseling optredend gedeeltelijk verlies van de hersenfunctie als gevolg van een verminderde hersendoorbloeding (bijv. door blokkering van een of meerdere hersenvaten) of contusio cerebri (hersenschudding), die resulteert in onomkeerbare neurologische uitval met een functionele invaliditeit van tenminste 20% van de gehele mens. Bewijs van onomkeerbare neurologische uitval zal moeten worden geleverd;
  3. kanker: de manifestatie van een kwaadaardige

4. tumor inclusief leukemie en ziekte van Hodgkin. De diagnose moet worden ondersteund door histologisch bewijs van kwaadaardigheid;
4. eindstadium van nierfalen: zich presenterend als chronisch onomkeerbaar functieverlies van beide nieren, als gevolg waarvan nierdialyse of een niertransplantatie wordt uitgevoerd;
5. transplantatie van belangrijke organen: het ondergaan van een transplantatie van hart en/of longen, nier(en), lever of beenmerg;
6. derdegraads brandwonden, waarbij ten minste 20% van het huidoppervlak is getroffen.
- j. **Zelfstandig ondernemer:** de persoon die;
  1. anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of
  2. anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of
  3. als directeur-aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.
  4. als meewerkend partner gebruik maakt van de meewerkaftrek (er mag geen sprake zijn van een arbeidsovereenkomst); of
  5. als meewerkend partner een arbeidsbeloning ontvangt (er mag geen sprake zijn van een arbeidsovereenkomst).
- k. **Polis:** de verzekeringsovereenkomst tussen verzekeringnemer en verzekeraar(s), vastgelegd in onder meer het polisblad, eventuele aanvullende clausulebladen, de op het polisblad vermelde algemene verzekeringsvoorwaarden en de stukken zoals bedoeld in artikel 2a.

#### Art. 2 Grondslag van de verzekering:

- a. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar(s) verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer op het aanvraagformulier, op de medische vragenlijst(en) en (uitgebreide) gezondheidsverklaring(en) en bij de medisch(e) keuring(en), vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel te vormen. In geval de hiervoor genoemde opgaven en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging, heeft/hebben verzekeraar(s) het recht zich op vernietigbaarheid van de polis te beroepen.
- b. Onder verzwijging wordt mede verstaan het geval dat bij de aanvraag niet naar een bepaald gegeven is gevraagd, doch er een omstandigheid is waarvan de verzekeringnemer en/of verzekerde ten tijde van de aanvraag wist, dan wel had horen te begrijpen dat de verzekeraar(s) bij mededeling daarvan de polis niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou/zouden hebben gesloten.
- c. Indien gedurende de looptijd van een module het oorspronkelijk verzekerde maandbedrag en/of de verzekerde dekking wordt/ worden verhoogd en/of verlengd, dan gelden met betrekking tot dit verhoogde en/of verlengde deel wederom alle (medische) waarborgen, dekkingbeperkingen en/of uitsluitingen die van toepassing zouden zijn indien op dat moment een nieuwe polis zou zijn aangegaan.

#### Art. 3 Omvang van de dekking:

Deze verzekering bestaat in totaal uit maximaal twee

modules per verzekerde. De voor elke verzekerde van toepassing zijnde module(s) staat/staan beschreven op het polisblad. De dekking van elke module is nader omschreven in de bijzondere bepalingen, welke behoren bij deze algemene bepalingen en daarmee één geheel vormen.

#### Art. 4 Aanvang, duur en einde van de modules:

- a. Elke module van deze verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum, zoals op het polisblad vermeld, mits de premie tijdig op rekening van verzekeraar(s) is bijgeschreven, zoals beschreven in artikel 11.
- b. De verzekeringnemer heeft het recht per aangetekend schrijven de polis op te zeggen binnen 30 dagen na de ingangsdatum. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad te retourneren aan verzekeraar(s). Verzekeraar(s) zal/zullen in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten onder aftrek van euro 80,- aan administratiekosten, mits de polis al was opgemaakt. Tevens zal/zullen verzekeraar(s) de gemaakte medische keuringskosten in rekening brengen of verrekenen, conform artikel 13.
- c. Een module is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de gevraagde looptijd op het aanvraagformulier een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid d2 van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met tussenpersoon en verzekeringnemer.
- d. Een module 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;
  1. op de einddatum van de module, zoals vermeld op het polisblad;
  2. op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt;
  3. op de datum van het overlijden van verzekerde;
  4. op de datum dat verzekerde emigreert;
  5. indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;Bovendien eindigt de module nabestaandenzorg voor een verzekerde ook:
  6. bij beëindiging van de module ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval; Een module eindigt, in geval van maandpremiebetaling en jaarpremiebetaling, naast de in de hierboven genoemde gevallen, tevens:
    7. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per aan de verzekeraar(s) gericht aangetekend schrijven de verzekering heeft opgezegd. De contractsvervaldatum is de datum waarop de module steeds één vol jaar heeft gelopen te rekenen vanaf de ingangsdatum van de module;
    8. bij niet betalen van de premie: met ingang van de 61ste dag nadat de premie verschuldigd was.
- e. Voor een polis op basis van eenmalige premiebetaling geldt dat verzekeringnemer gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar(s) gericht aangetekend schrijven.

Verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van twee maanden in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekeringnemer heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de eerstkomende vijfjaarlijkse contractsvervaldatum waartegen is opgezegd.

#### Art. 5 Algemene uitsluitingen:

Voor elke module in deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat indien:

- a. blijkt, dat op de ingangsdatum van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2, zo veranderd is, dat verzekeraar(s) het risico niet of onder andere voorwaarden zou/zouden hebben geaccepteerd. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar(s) te melden;
- b. het schadegeval het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van verzekeringnemer of verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- c. het schadegeval niet binnen de verplichte termijn van aanmelding wordt gemeld;
- d. verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 55 jaar;
- e. het schadegeval (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van alcohol, verdovende middelen, bedwelmende, opwekkende en soortgelijke middelen of het gebruik door verzekerde van niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen of niet voorgeschreven doses van geneesmiddelen;
- f. het schadegeval ontstaat of wordt bevorderd of verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitierij 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 gedeponeerd onder nummer 136/1981;
- g. het schadegeval is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

#### Art. 6 Schade:

- a. Verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande is verplicht verzekeraar(s) zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat het schadegeval zich heeft voorgedaan, kennis te geven van de ontstane schade.
- b. Na de eerste schademelding ontvangt verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd aan CARDIF Schadeverzekeringen N.V. / CARDIF Levensverzekeringen N.V., t.a.v. de afdeling schade, postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout.
- c. Verzekeraar(s) wordt/worden niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de schade, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan en verzekeraar(s) niet in zijn belangen is/zijn geschaad door de te late schademelding. Wordt de schademelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan én na de termijn zoals vermeld in lid a van dit artikel, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de schade is gemeld.

#### Art. 7 Begunstiging:

Enige uitkering krachtens de verzekerde module(s) zal geschieden aan verzekeringnemer.

#### Art. 8 Einde van (het recht op) uitkering:

- a. Een periodieke uitkering eindigt:
  1. op de dag dat module ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval eindigt conform artikel 4d lid 2, 3, 4, 5, 6, 7 en 8. Bij de module nabestaandenzorg op de dag dat de module eindigt conform artikel 4d lid 2, 5, 6, 7 en 8;
  2. voor de dekking arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval op de dag waarop de schade die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan;
  3. indien verzekeraar(s) het maximale aantal uitkeringen heeft gedaan voor een module, zoals beschreven in de bijzondere bepalingen.
- b. Indien verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in de bijzondere bepalingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar(s) heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

#### Art. 9 Terugvordering:

Verzekeraar(s) heeft/hebben te allen tijde het recht onterecht gedane uitkeringen terug te vorderen.

#### Art. 10 Maximale uitkering:

Het maximaal uit te keren bedrag voor alle bij CARDIF Schadeverzekeringen N.V. verzekerde dekkingen tezamen bedraagt euro 140.000,- per verzekerde. Het voor de dekking nabestaandenzorg maximaal uit te keren bedrag bij CARDIF Levensverzekeringen N.V. middels deze polis, tezamen met eventuele overige nabestaandenzorg dekkingen op andere polissen, bedraagt euro 120.000,- per verzekerde.

#### Art. 11 Premiebetaling:

- a. In geval van éénmalige premiebetaling:
  1. dient de koopsom binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de verzekering door verzekeringnemer te zijn voldaan. Indien de koopsom niet binnen deze termijn aan verzekeraar(s) is voldaan, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de koopsom door verzekeraar(s) is ontvangen. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering is niet gedekt;
  2. indien de dekking na een opschorting als hiervoor bedoeld wordt hersteld en blijkt, dat op de datum van herstel van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2 van deze voorwaarden, zo veranderd is, dat verzekeraar(s) het risico niet of onder andere voorwaarden zou/zouden hebben geaccepteerd, dan kan de dekking door verzekeraar(s) worden beperkt of geweigerd. Een verandering in de hier bedoelde zin doet zich in ieder geval voor indien verzekerde gedurende de opschortingsperiode een ongeval heeft gekregen of zich gedurende die periode bij verzekerde een ziekte en/of arbeidsongeschiktheid heeft geopenbaard. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar(s) te melden;
  3. indien verzekeraar(s) een lagere koopsom ontvangt/ontvangen dan vermeld op de polis, dan zal het aangevraagde verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsom.
- b. In geval van jaarpremiebetaling en maandpremiebetaling:
  1. de premie wordt maandelijks automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer

op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is. Indien automatische incasso niet mogelijk is, dan dient verzekeringnemer binnen 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van dagtekening van de aanmaning, ervoor zorg te dragen dat het incasso alsnog kan geschieden. Voldoet verzekeringnemer niet aan deze verplichting, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de premie is ontvangen en is de/zijn verzekeraar(s) bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de betreffende module(s). Verzekeraar(s) behoudt/behouden zich tevens het recht voor gemaakte incassokosten aan verzekeringnemer in rekening te brengen. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering is niet gedekt;

2. er bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat begunstigde recht heeft op een schade-uitkering krachtens de betreffende module.

#### Art. 12 Premierestitutie:

- a. Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 4, artikel 4e of artikel 14b, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Indien de module ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 3, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Indien de module nabestaandenzorg eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 6, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Bij jaarpremiebetaling en maandpremiebetaling vindt geen premierestitutie plaats.
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde brutopremie te verminderen met 7,5% wegens kosten (met een minimum van euro 80) en vervolgens te vermenigvuldigen met de volgende factor (78 methode):  $(N-T)/(N-T+1) / N(N+1)$ , waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar(s) beschikbaar.
- c. Van de onder lid b van dit artikel genoemde uitkomst, zijnde het restitutiebedrag, worden alle eventueel gedane schade-uitkeringen op de te restitueren polis afgetrokken, waarna het uiteindelijke restitutiebedrag overblijft.

#### Art. 13 Verhaal van kosten en belasting:

Belastingen op premies en/of schade-uitkeringen, rente op schade-uitkeringen en alle overige kosten die voort kunnen vloeien uit de polis komen voor rekening van verzekeringnemer.

#### Art. 14 En bloc-bepaling:

- a. Verzekeraar(s) heeft/hebben het recht de premie en/of de voorwaarden van dezelfde soort als deze verzekering en bloc te wijzigen. Verzekeraar(s) heeft/hebben dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar(s) vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar(s) vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
- b. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in

kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving verzekeraar(s) schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Indien verzekeringnemer dit aan verzekeraar(s) heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar(s) vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden.

- c. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering conform lid b van dit artikel geldt niet indien:
- de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
  - de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.
- d. De mogelijkheid van premiewijziging door verzekeraar(s) is alleen van toepassing in geval van maand- en jaarpremiebetaling.

#### Art. 15 Overdraagbaarheid:

Tenzij anders vermeld op de polis kan verzekeringnemer of verzekerde de rechten voortvloeiend uit deze verzekering niet overdragen aan derden.

#### Art. 16 Verval van rechten en verjaring:

- a. Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar(s) betreffende een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 6 maanden nadat de verzekeraar(s) haar standpunt bekend heeft/hebben gemaakt, tenzij de verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande binnen deze 6 maanden dit jaar het standpunt van de verzekeraar(s) heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar(s) kenbaar heeft gemaakt.
- b. Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar(s).

#### Art. 17 Adreswijziging en privacy:

- a. Verzekeringnemer is verplicht verzekeraar(s) binnen 30 dagen kennis te geven van elke adreswijziging van zowel verzekeringnemer als verzekerde. Kennisgevingen door verzekeraar(s) aan verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij verzekeraar(s) bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon.
- b. De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar(s) gevoerde verzekeringsadministratie/-registratie. Hierop is een privacyreglement van toepassing.

#### Art. 18 Meldingsplicht:

Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande verplicht verzekeraar(s) direct schriftelijk kennis te geven, wanneer verzekerde:

- a. voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- b. komt te overlijden;
- c. minder dan 18 uur per week betaald en actief zijn beroep gaat uitoefenen;
- d. de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet.

#### Art. 19 Toepasselijk recht en klachtenbehandeling:

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Voor klachten naar aanleiding van de verzekering kan verzekeringnemer zich schriftelijk wenden tot het klachtenbureau van CARDIF Schadeverzekeringen N.V./ CARDIF Levensverzekeringen N.V., postbus 4019, 4900 CA te Oosterhout. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan verzekeringnemer zich wenden tot het Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag.

### Bijzondere bepalingen betreffende de module ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval

#### Art. 20 Verzekerde dekking:

Gedurende de looptijd van deze module dekt/dekken de verzekeraar(s) het risico:

- a. voor de dekking ernstige ziekte, dat verzekerde aan een van de in artikel 1 onder i genoemde ernstige ziekte lijdt;
- b. voor de dekking blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit;
  1. van blijvende gehele invaliditeit van verzekerde. Hiervan is sprake indien verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van ziekte of ongeval blijvend geheel niet in staat is enige beroepsbezigheid uit te oefenen dat hem inkomen oplevert en hij bovendien gedurende zijn gehele verdere leven professionele zorg van een derde behoeft bij de uitoefening van alle activiteiten die tot zijn Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) gerekend kunnen worden;
  2. van blijvende gedeeltelijke invaliditeit van verzekerde. Hiervan is sprake indien bij verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van ziekte of ongeval sprake is van een onherstelbaar en geheel (functie-) verlies van enig deel of orgaan van zijn lichaam;
- c. voor de dekking arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval;
  1. van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval van verzekerde, met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld;
  2. arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze aandoening of dit letsel dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.
3. Verzekerde dient in de periode direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid zijn beroep voor ten minste 18 uur per week betaald en actief uit te oefenen.

#### Art. 21 Verzekeringsuitkering:

- a. Voor de dekking ernstige ziekte:
  1. het recht op uitkering ontstaat op het moment dat de diagnose van de ernstige ziekte door een arts is gesteld, mits het moment van vaststelling ligt na de ingangsdatum van deze module, de verzekerde tenminste 30 dagen na de vaststelling van de ernstige aandoening nog in leven was en op het moment van melding van de schade nog in leven is;
  2. de uitkering voor ernstige ziekte is verschuldigd vanaf het moment als bedoeld in lid a van dit artikel en bestaat uit een uitkering van het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag;
  3. indien de in lid a van dit artikel genoemde diagnose niet in Nederland wordt gesteld, dient de verzekerde een schriftelijke verklaring van de door hem bezochte arts aan verzekeraar(s) te overleggen. Verzekeraar(s) heeft/hebben in een dergelijk geval te allen tijde het recht de gestelde diagnose in Nederland te verifiëren. Bij een strijdige diagnose is de in Nederland gestelde diagnose bepalend voor het recht op uitkering ingevolge de polis. De kosten van de verificatie komen voor rekening van de verzekeraar(s);
  4. de dekking ernstige ziekte eindigt op de eerste dag na de datum van vaststelling van een ernstige ziekte, mits verzekeraar(s) op grond van deze vastgestelde aandoening tot uitkering overgaat.

- b. Voor de dekking blijvende invaliditeit:
  1. voor blijvende gehele invaliditeit wordt het volledige verzekerde maandbedrag uitgekeerd. Voor blijvende gedeeltelijke invaliditeit wordt het uitkeringspercentage van het verzekerde maandbedrag als volgt vastgesteld: Bij volledig (functie-)verlies van:
 

het gezichtsvermogen van beide ogen:	: 100%
het gezichtsvermogen van een oog:	: 30%
indien verzekeraar krachtens deze verzekering een uitkering heeft gedaan wegens verlies van het andere oog:	: 70%
het gehoor van beide oren:	: 60%
het gehoor van een oor:	: 25%
indien verzekeraar krachtens deze verzekering een uitkering heeft gedaan wegens gehoorverlies van het andere andere:	: 35%
een arm (incl. onderarm, hand en vingers):	: 70%
een onderarm (incl. hand en vingers):	: 65%
een hand (incl. vingers):	: 60%
een duim:	: 25%
een wijsvinger:	: 15%
een middelvinger:	: 10%
een ringvinger of pink:	: 5%
een been (incl. onderbeen, voet en tenen):	: 70%
een voet (incl. tenen):	: 50%
een grote teen:	: 5%
een andere teen:	: 3%
de milt:	: 5%
een nier:	: 5%
de smaak:	: 5%
de reuk:	: 5%

2. de mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld in Nederland door middel van medisch onderzoek. Dit onderzoek zal verricht worden door een door verzekeraar(s) aan te wijzen arts;
3. de uitkering start vanaf het moment van vaststelling van de schade. De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een onveranderlijke en onomkeerbare toestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen 2 jaar na de datum van ontstaan van de schade. Recht op uitkering bestaat met terugwerkende kracht tot op de eerste dag van het moment van ontstaan van de schade.
- c. Voor de dekking arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval;
  1. Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat, met inachtneming van de eigen risico periode, indien verzekerde voor tenminste 80% arbeidsongeschikt is voor zijn werkzaamheden of vergelijkbare werkzaamheden waartoe verzekerde rekening houdend met zijn (werk)ervaring, opleidingsniveau, bekwaamheden of scholing toe in staat is. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden vastgesteld door een onafhankelijke arbeidsdeskundige/(keurings)arts;
  2. Voor de vaststelling van dit arbeidsongeschiktheidspercentage zal een bij het aangaan van de verzekering al aanwezig(e) (arbeidsongeschiktheidspercentage in verband met een) aandoening of gebrek niet worden meegeteld.
  - d. Vanaf het moment zoals beschreven in lid a, b en c van dit artikel zal/zullen verzekeraar(s) voor elke volle maand een uitkering doen conform artikel 22;
  - e. Het aantal maandelijks uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in artikel 22, bedraagt:
    1. voor de dekking ernstige ziekte 24 maanden per polis;
    2. voor de dekking blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit 60 maanden per polis;
    3. voor de dekking arbeidsongeschiktheid als gevolg

van een ongeval maximaal 60 maanden per polis. Ongeacht of de verzekerde hierna nog ernstig ziek is en/of arbeidsongeschikt wordt geacht conform lid a en c van dit artikel.

f. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekeringnemer komen.

#### Art. 22 Fiscaliteit en betaling van de uitkering:

- a. Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor de module ernstige ziekte, blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongevalfiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21, maandelijks en achteraf.
- b. In alle andere gevallen geschiedt de uitkering in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (conform artikel 21 lid e) dat de schade na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de schade voortduurt, voor elke volle maand van schade als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 21) op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.

#### Art. 23 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht;
  1. zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelend arts en/of medisch adviseur van verzekeraar(s) op te volgen, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;
  2. iedere door verzekeraar(s) aan te wijzen arts (of gemachtigde), psycholoog 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 invaliditeit, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar(s) aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
  3. alle door de verzekeraar(s) nodig geoordeelde 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 van belang zijn;

Bovendien geldt bij de dekking arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval;

4. verzekeraar(s) direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
5. desgevraagd aan verzekeraar(s) het bewijs van voortdurende arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
- b. De verzekeringnemer is gehouden zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, en voor zover dit in zijn vermogen ligt.

#### Art. 24 Uitsluitingen:

Geen recht op uitkering bestaat:

- a. Wanneer blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn gezondheid, arbeidsongeschiktheid, arbeidssituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd.
- b. Voor een schadeclaim die het direct of indirect gevolg is van een bij de aanvraag en/of op de ingangsdatum van deze module reeds bestaande en/of bekende (bekend als zijnde: diagnose gesteld

door een arts of behandeld door een arts) ziekte, klacht, gebrek of aandoening.

- c. Voor de dekking ernstige ziekte;
  1. bij het plotseling ontstaan van tijdelijke neurologische uitvalsverschijnselen, waarbij geen restryptomen optreden (Transient ischaemic attack of Reversible ischaemic neurological deficit);
  2. bij alle soorten van huidkanker, met uitzondering van histologisch bewezen uitzaaiing(en) van huidkanker;
  3. bij weefselplasie, of carcinoma in situ, stadium 1 van de ziekte van Hodgkin en papillaire blaaskanker;
  4. bij een schadeclaim die direct of indirect het gevolg is van een HIV-infectie (al of niet resulterend in AIDS) of enig ziektebeeld van vergelijkbare aard;
  5. voor een ernstige aandoening welke intreedt binnen 3 maanden na de ingangsdatum van de module.
- d. Voor de dekkingen blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit en arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval;
  1. bij ongevallen ten gevolge van een waagstuk waarbij 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 bij een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
  2. bij spit (lumbago), periartitis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), golfersarm (epicondylitis medialis), postwhiplash syndroom, gewrichtsverstuikingen of post-traumatische reflexdystrofie.

#### Art. 25 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

- a. Mochten de gevolgen van een ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.
- b. De beperking onder lid a is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor verzekeraar(s) reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft/hebben verstrekt of nog zal/zullen moeten verstrekken.
- c. Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door verzekeraar(s) geen uitkering verleend.
- d. Indien reeds vóór een ongeval een (functie-)verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor naar evenredigheid verlaagd.

#### Art. 26 Samenloop en cumulatie van uitkeringen

- a. Verzekeraars zal/zullen per individueel schadegeval binnen deze module maximaal 60 maanden uitkeren, inclusief gevolgschades en/of zich recidiverende schades.
- b. Indien verzekeringnemer een uitkering voor blijvende gedeeltelijke invaliditeit ontvangt en blijvend geheel invalide raakt, dan wordt vanaf het moment dat wederom recht op uitkering is ontstaan het uitkeringspercentage zo mogelijk verhoogd tot 100%. Uiteindelijk zal betreffende de totale dekking bij blijvende gehele en gedeeltelijke invaliditeit nooit meer dan 100% van de verzekerde maandbedrag per maand worden uitgekeerd.
- c. Indien verzekeraar(s) voor een dekking binnen deze module een uitkering doet/doen, dan vervallen gedurende de uitkering alle verdere aanspraken op een uitkering voor de overige dekkingen binnen deze module.

## Bijzondere bepalingen betreffende de module nabestaandenzorg

#### Art. 27 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module dekt/dekken verzekeraar(s) het overlijdensrisico van verzekerde.
- b. In geval van acceptatie tegen afwijkende voorwaarden vangt de dekking van het risico aan nadat verzekerde met deze voorwaarden akkoord is gegaan en de premie is betaald conform artikel 11.
- c. Verzekeraar(s) behoudt/behouden zich het recht voor de aangevraagde dekking ook op andere dan medische gronden niet te accepteren.

#### Art. 28 Verzekeringsuitkering:

- a. De uitkering geschiedt in geval van overlijden van verzekerde aan het einde van deze module in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met 60. Verzekeraar(s) zal/zullen maandelijks en achteraf een voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag) doen op deze som voor elke volle maand van schade. Deze voorschotten worden niet geacht te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.
- b. In de eerste maand na overlijden geschiedt een extra uitkering ter hoogte van vijf maal het verzekerde maandbedrag, met een maximum van euro 5.000,-.
- c. Verzekeraar(s) behoudt/behouden zich het recht voor om in plaats van de maandelijks voorschotten de uitkering in één som te doen.
- d. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekerde komen.

#### Art. 29 Verplichtingen bij schade en bewijsstukken:

- a. In geval van overlijden van de verzekerde is de verzekeringnemer, begunstigde en/of nabestaande verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.
- b. De betaling van de verzekerde uitkeringen geschiedt nadat de volgende stukken door verzekeraar(s) zijn ontvangen en geaccepteerd en het recht van de wettelijke erfgena(a)m(en) is erkend:
  1. de polis;
  2. een uittreksel uit de akte van overlijden of ander wettig bewijs van overlijden van de verzekerde;
  3. een verklaring van een arts over de oorzaak van de dood van de verzekerde.
- c. Indien verzekeringnemer, begunstigde en/ of nabestaande één of meer verplichtingen bij schade niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar(s) heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

#### Art. 30 Uitsluitingen bij nabestaandenzorg:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

- a. blijkt dat de verzekerde bij het aangaan van de verzekering een onjuiste verklaring over zijn gezondheid heeft afgelegd;
- b. de verzekerde overlijdt door zelfmoord of ten gevolge van een poging daartoe, tenzij 2 jaren zijn verlopen na de ingangsdatum van de module;
- c. de verzekerde overlijdt als gevolg van een waagstuk waarbij 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 bij een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden.