

Algemene Verzekeringsvoorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering (individueel)/starters 0106

INDEX

- Artikel 1: Begrippen
- Artikel 2: Grondslag van de verzekering
- Artikel 3: Inhoud van de verzekering
- Artikel 4: Aanvang, verlenging en einde van de verzekering
- Artikel 5: Melding van arbeidsongeschiktheid
- Artikel 6: Verplichtingen van de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid
- Artikel 7: Vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid
- Artikel 8: Aanspraak op uitkering
- Artikel 9: Zwangerschaps- en bevallingsuitkering
- Artikel 10: Vaststelling van de hoogte van de uitkering
- Artikel 11: Uitbetaling van de uitkering
- Artikel 12: Ingang, duur en einde van de uitkering
- Artikel 13: Preventieve dienstverlening
- Artikel 14: Reïntegratie dienstverlening
- Artikel 15: Premie
- Artikel 16: Wijziging van het tarief en/of (overige) voorwaarden
- Artikel 17: Privacy
- Artikel 18: Klachtenafhandeling en geschillenregeling
- Artikel 19: Toepasselijk recht en bevoegde rechter
- Artikel 20: Riscowijzigingen
- Artikel 21: Geheel of gedeeltelijke weigering van uitkering
- Artikel 22: Fraude
- Artikel 23: Garantstelling verzekeringnemer
- Artikel 24: Samenloop
- Artikel 25: Onvoorziene gevallen
- Artikel 26: Inwerkingtreding

Artikel 1 | Begrippen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

- a **verzekering**
de overeenkomst tussen verzekeraar en verzekeringnemer, waarbij de verzekeraar zich aan de verzekeringnemer verbindt om, tegen genot van een premie, schade te vergoeden die het gevolg is van een gebeurtenis, waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de overeenkomst onzeker was dat daaruit voor verzekeringnemer schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van de omstandigheden zou ontstaan;
- b **verzekeraar**
Achmea Schadeverzekeringen N.V.;
- c **verzekeringnemer**
de (rechts-)persoon die de verzekering met de verzekeraar is aangegaan;
- d **verzekerde**
degene wiens arbeidsongeschiktheid is verzekerd;
- e **beroep**
het op de polis vermelde beroep;
- f **begin-/einddatum**
de op de polis vermelde datum waarop de verzekering begint respectievelijk eindigt;

- g **arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste jaar**
- beroepsarbeidsongeschiktheid
de gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid tot het verrichten van de werkzaamheden die zijn verbonden aan het beroep van de verzekerde zoals die in de regel en redelijkerwijs van de verzekerde kunnen worden verlangd, als enig en rechtstreeks gevolg van een medisch vast te stellen en medisch erkende oorzaak van ziekte en/of ongeval;
- h **arbeidsongeschiktheid vanaf het tweede jaar**
- arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid
de gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid als enig en rechtstreeks gevolg van een medisch vast te stellen en medisch erkende oorzaak van ziekte en/of ongeval, tot het verrichten van arbeid door de verzekerde, die hem in redelijkheid, gezien zijn opleiding, ervaring, inkomen en vroegere beroep, zou kunnen worden opgedragen;
- i **aanvang arbeidsongeschiktheid**
de eerste dag waarop de arbeidsongeschiktheid door een arts is vastgesteld;
- j **eigenrisicotermijn**
de periode van 90 dagen, waarin de verzekerde geen uitkeringen krachtens deze verzekering ontvangt. Deze periode begint bij aanvang van iedere arbeidsongeschiktheid en maakt deel uit van het eerste jaar arbeidsongeschiktheid.
Als perioden van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van dezelfde oorzaak elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 1 maand, worden deze perioden voor de vaststelling van de eigenrisicotermijn als één onafgebroken periode aangemerkt (samentellingsclausule);
- k **inkomen**
het bruto inkomen van de verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting. Voor een verzekerde/niet-rechtspersoon wordt hieronder verstaan het gemiddelde inkomen berekend over de voorafgaande drie volledige kalenderjaren. Voor een verzekerde werkzaam in een rechtspersoon (bijv. de Directeur Grootaandeelhouder) wordt hieronder verstaan: het gemiddelde inkomen berekend over de voorafgaande drie volledige kalenderjaren, waarbij het inkomen als volgt wordt berekend: 12 maal het bruto maandinkomen, verhoogd met 8% vakantietoeslag en eventueel verhoogd met een vast tantième, indien zulks vooraf is opgegeven;
- l **starter**
een persoon die, niet langer dan 2 jaar voor de ingangsdatum van deze verzekering, een onderneming is gestart en door de verzekeraar als startende ondernemer (starter) voor deze verzekering is geaccepteerd;
- m **premie**
door verzekeringnemer (periodiek) verschuldigd bedrag dat dient ter dekking van de op de polis genoemde verzekerde bedrag(en);

- n **verzekerde bedragen**
de op de polis vermelde bedragen;
- o **risicogroep**
risicogroep waarin de verzekerde door de verzekeraar is ingedeeld op basis van de aard van de werkzaamheden;
- p **fraude**
bewust onjuiste of onvolledige informatie verstrekken met de bedoeling een verzekeringsuitkering of verzekeringsdekking te verkrijgen;
- q **terrorisme**
gewelddadige handelingen of gedragingen in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan ziekte/arbeidsongeschiktheid ontstaat, 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, dan wel; Het (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking ziekte/arbeidsongeschiktheid kunnen veroorzaken, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden is geschied met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;
- r **polis**
de bewijsakte van deze verzekering;
- s **premievervaldatum**
de dag waarop de premie dient te zijn voldaan. Bij het afsluiten van de verzekering is de premievervaldatum de dag waarop de verzekering ingaat. Daarna is de premievervaldatum de eerste dag van de gekozen betaaltermijn, dus afhankelijk van de betaal frequentie. Indien maandelijks wordt betaald, is de premievervaldatum iedere eerste dag van de maand. Is de betaal frequentie kwartaalijks, dan zijn de premievervaldata: 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober. Indien gekozen is voor een halfjaar termijn, dan vallen de premievervaldata op 1 januari en 1 juli. Bij jaarbetaling wordt de premievervaldatum op 1 januari gesteld.

Artikel 2 | Grondslag van de verzekering

- 1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte informatie, waaronder begrepen het aanvraagformulier inclusief inkomensgegevens en de medische waarborgen, vormen de grondslag van de verzekering.
- 2 De verzekeraar verstrekt aan de verzekeringnemer een polis.

Artikel 3 | Inhoud van de verzekering

- 1 De verzekering voorziet in een periodieke uitkering, afgeleid van een vast verzekerd bedrag, bij arbeidsongeschiktheid.
- 2 Op grond van de verzekering worden aan de verzekerde uitkeringen verstrekt zodra de verzekerde de arbeidsongeschiktheid heeft gemeld en nadat de geldende eigenrisicotermijn is verstreken en tevens aan de overige voorwaarden voor het verkrijgen van een uitkering is voldaan.

Artikel 4 | Aanvang, verlenging en einde van de verzekering

- 1 De verzekering vangt aan en eindigt op de in de polis genoemde data. De verzekering geldt de eerste periode voor het nog lopende kalenderjaar en het volgende kalenderjaar. De verzekering eindigt in ieder geval 3 jaar na de aanvangsdatum. Het hierna gestelde in lid 2 is dan niet langer van toepassing.
- 2 De verzekering wordt telkens stilzwijgend voor een kalenderjaar verlengd met behoud van de gegevens inzake schades en premies uit het verleden, tenzij de verzekeringnemer vóór 1 november van het lopende kalenderjaar per aangetekend schrijven heeft medegedeeld de verzekering niet te willen voortzetten.
- 3 De verzekerde heeft het recht na afloop van de hiervoor genoemde verzekering een individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering met langere looptijd af te sluiten zonder dat enige medische selectie plaatsvindt, mits gedurende de looptijd van de beëindigde tijdelijke verzekering geen uitkering is geclaimd met uitzondering van eventuele claims ingediend op grond van artikel 9 en de verzekerde geen omstandigheden bekend zijn dat arbeidsongeschiktheid zich, uiterlijk binnen een half jaar, zal kunnen voordoen.
- 4 De verzekering eindigt van rechtswege:
 - a tegen de datum dat de overeengekomen einddatum is bereikt;
 - b tegen de datum dat de verzekerde is overleden.
- 5 De verzekering eindigt middels een schriftelijke opzegging door de verzekeraar:
 - a binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum;
 - b indien de verzekeringnemer weigert ook na afloop van de termijn zoals genoemd in artikel 15 (Premie) lid 6 de premie te betalen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het in geval van niet-tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
 - c indien zich zodanige wetswijzigingen voordoen dat voortzetting van de verzekering niet van de verzekeraar mag worden verwacht;
 - d indien de verzekeringnemer/verzekerde fraude heeft gepleegd;
 - e indien de niet nakoming door de verzekeringnemer van een of meerdere verplichting(en) op grond van deze verzekering van dien aard is of zijn dat gebondenheid aan de verzekering niet meer van de verzekeraar kan worden gevegd.

- 6 De verzekering eindigt middels een schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
- binnen de termijn zoals genoemd in de schriftelijke mededeling van verzekeraar zoals bedoeld in artikel 16 lid 3 (Wijziging van het tarief en/of de (overige) voorwaarden). De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat;
 - binnen twee maanden nadat de verzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

- 7 De verzekering eindigt middels een schriftelijke opzegging door de verzekeraar dan wel door de verzekeringnemer:
- tegen het begin van een nieuw verzekeringsjaar volgend op een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mits de opzegging geschiedt binnen één maand na het verstrijken van laatstgenoemd verzekeringsjaar;
 - tegen de datum waarop de verzekeringnemer surséance van betaling aanvraagt;
 - tegen de datum waarop de verzekeringnemer in staat van faillissement komt te verkeren;
 - tegen de datum waarop de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op de verzekerde van toepassing is verklaard;
 - tegen de datum waarop de verzekeringnemer aangifte doet als bedoeld in artikel 1 van de Faillissementswet;
 - tegen de datum waarop de verzekeringnemer/verzekerde niet langer in staat moet worden geacht de verplichtingen uit deze verzekering na te kunnen komen dan wel tegen de datum waarop op het vermogen van de verzekeringnemer/verzekerde beslag wordt gelegd.

- 8 Na beëindiging van de verzekering op grond van het bepaalde in lid 2 en lid 6 sub a van dit artikel, duurt het recht op uitkering slechts voort ten aanzien van de verzekerde die reeds arbeidsongeschikt was op de datum van beëindiging van de verzekering en indien is voldaan aan de verplichtingen zoals genoemd in artikel 5 (Melding van arbeidsongeschiktheid) en artikel 6 (Verplichtingen van de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid). Na beëindiging van de verzekering op een van de overige genoemde gronden zoals bedoeld in de leden 4 tot en met 7 van dit artikel, kunnen aan de verzekering geen rechten meer worden ontleend.

- 9 Indien recht bestaat op uitkering na eindiging van de verzekering, met inachtneming van het bepaalde in het vorige lid, dient de premie na het einde van de verzekering te worden doorbetaald tot een jaar na aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Het recht op uitkering wordt gebaseerd op de mate van arbeidsongeschiktheid ten tijde van het einde van de verzekering en blijft bestaan voor zover en zolang deze arbeidsongeschiktheid daarna uit dezelfde oorzaak onafgebroken blijft voortbestaan.

- 10 Na de eindiging van de verzekering bestaat geen recht op verhoging van de arbeidsongeschiktheidsuitkering als gevolg van een toename van de mate van arbeidsongeschiktheid.

- 11 Behalve bij opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse beëindiging van de verzekering de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Artikel 5 | Melding van arbeidsongeschiktheid

- De verzekerde is verplicht:
 - zijn arbeidsongeschiktheid zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen 30 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, op het meldingsformulier, te melden aan de verzekeraar;
 - aan de door de verzekeraar aan te wijzen arts(en) alle inlichtingen te verstrekken over de ziekte en/of het ongeval en over het verloop van de behandeling;
 - de behandelend arts(en) te machtigen om aan deskundige(n) van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken over de ziekte en/of het ongeval en/of de gevolgen daarvan;
 - de verzekeraar alle inlichtingen en in alle stukken inzage te verstrekken die de verzekeraar van belang acht voor de beoordeling van het recht op en de omvang van de uitkeringen;
 - de verzekeraar direct te informeren over een geheel of gedeeltelijke herstel;
 - het wijzigen van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden bij de verzekeraar.
- Wanneer de verzekerde bij het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid in het buitenland is, is hij voorts verplicht:
 - op verzoek van de verzekeraar rapporten en/of verklaringen van bevoegde arts(en) te overleggen om de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan aan te tonen. De kosten hiervan zijn voor rekening van de verzekeringnemer;
 - zich op verzoek van de verzekeraar in Nederland te laten onderzoeken.
- Wanneer de verzekerde zijn arbeidsongeschiktheid niet binnen 30 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid meldt aan de verzekeraar, gaat de eigenrisicotermijn in op de dag waarop de melding door de verzekeraar is ontvangen.

Artikel 6 | Verplichtingen van de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid

- De verzekerde is verplicht:
 - zich direct onder behandeling van een arts te stellen en alles te doen om zijn genezing te bevorderen;
 - zich, voor zover dit redelijkerwijs van hem kan worden verlangd, te laten onderzoeken door, dan wel inlichtingen te verstrekken aan, de door de verzekeraar aangewezen arts(en), arbeidsdeskundige(n) en andere specialisten;
 - de aanwijzingen van de medisch- of arbeidsdeskundige op te volgen.

Artikel 7 | Vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid

- 1 De verzekeraar stelt zelf de mate van arbeidsongeschiktheid vast aan de hand van de verstrekte informatie welke de verzekeraar heeft ontvangen van medische en andere deskundigen.
- 2 De verzekeraar heeft het recht om de mate van arbeidsongeschiktheid te herbeoordelen zolang de uitkering voortduurt.
- 3 De verzekerde wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid.
- 4 Als de verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid door de verzekeraar, moet hij dit binnen 30 dagen meedelen aan de verzekeraar.
- 5 Gedurende het eerste jaar (met inbegrip van de eigenrisicotermijn) van onafgebroken arbeidsongeschiktheid van een verzekerde, wordt de mate van arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid.
- 6 Vanaf het tweede jaar van onafgebroken arbeidsongeschiktheid wordt de mate van arbeidsongeschiktheid van een verzekerde beoordeeld op basis van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.

Artikel 8 | Aanspraak op uitkering

- 1 Op grond van deze verzekering heeft de verzekerde recht op uitkeringen indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 1, sub g of i, van tenminste 25%.
- 2 Geen recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontstaat wanneer de arbeidsongeschiktheid is ontstaan uit of verergerd door:
 - a een oorzaak die al voor of bij aanmelding van de verzekerde voor de verzekering bestond en die bij de verzekerde bekend was of redelijkerwijs had kunnen zijn, tenzij de verzekerde de verzekeraar hiervan op de hoogte heeft gesteld en deze de verzekerde toch heeft geaccepteerd als verzekerde voor de verzekering;
 - b opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of al dan niet bewuste merkelijke schuld van de verzekeringnemer/verzekerde. Met opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of al dan niet bewuste merkelijke schuld van de verzekeringnemer/verzekerde wordt voor de toepassing van deze uitsluiting gelijkgesteld de opzet, de al dan niet bewuste roekeloosheid of de al dan niet bewuste merkelijke schuld van degene die in opdracht of met goedvinden van de verzekeringnemer/verzekerde de algehele feitelijke leiding heeft over het bedrijf of een deel van het bedrijf van de verzekeringnemer/verzekerde en die in die hoedanigheid schade veroorzaakt;
 - c een ongeval dat de verzekerde overkomen is, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig drankgebruik;

- d overmatig gebruik van alcohol door de verzekerde, alsmede door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende-, verdoovende- of opwekkende middelen, waaronder begrepen zowel soft- als harddrugs, anders dan op medisch voorschrift;
 - e hetzij direct hetzij indirect, gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. Onder voorgenoemde gebeurtenissen worden tevens begrepen de gebeurtenissen sabotage en vordering, indien en voorzover aantoonbaar daarmee samenhangend. Deze vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981;
 - f dan wel verband houdt met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het gestelde omtrent uitsluiting in de vorige volzin geen toepassing. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225) alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- 3 De schade die optreedt als gevolg van terrorisme, begrensd tot het maximumbedrag zoals omschreven in de door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedekking N.V. opgemaakte clause ten aanzien van terrorismedekking, wordt vergoed. Deze clause en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze verzekering en zijn opvraagbaar bij verzekeraar.

Artikel 9 | Zwangerschaps- en bevallingsuitkering

- 1 Voor de vrouwelijke verzekerde voorziet deze verzekering, gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid, in een periodieke zwangerschaps-/bevallingsuitkering gebaseerd op 100% van het verzekerde bedrag. De uitkeringsduur is 16 weken onder aftrek van de eigenrisicotermijn.
- 2 Op deze zwangerschaps-/bevallingsuitkering bestaat alleen recht indien de zwangerschap minimaal 28 weken geduurd heeft.
- 3 De zwangerschaps-/bevallingsuitkering gaat in 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt dan deze 6 weken op de dag van de bevalling.
- 4 De verzekerde is verplicht in geval van zwangerschap zo spoedig mogelijk doch in ieder geval vijf maanden voorafgaande

aan de vermoedelijke bevallingsdatum, de verzekeraar van deze zwangerschap te informeren alsmede de verzekeraar in het bezit te stellen van een verklaring van een geneeskundige of verloskundige waarin de vermoedelijke bevallingsdatum is aangegeven.

- 5 Indien de verzekerde reeds ter zake van arbeidsongeschiktheid een uitkering krachtens de Wet Arbeid en Zorg en/of een uitkering krachtens een andere wet ontvangt, wordt de uitkering op grond van dit artikel verminderd met deze uitkering.

Artikel 10 | Vaststelling van de hoogte van de uitkering

- 1 De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, zoals deze is vastgesteld door de verzekeraar en bedraagt op jaarbasis:

<i>bij een mate van arbeidsongeschiktheid van</i>	<i>% van het verzekerde bedrag</i>
0-25 %	0 %
25-35 %	30 %
35-45 %	40 %
45-55 %	50 %
55-65 %	60 %
65-80 %	75 %
80 % of meer	100 %

- 2 Indien de verzekerde, gedurende de periode dat hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid op grond van deze verzekering ontvangt, inkomen gaat genieten uit een ander beroep dan het beroep dat op de polis vermeld is, wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering gekort.

Artikel 11 | Uitbetaling van de uitkering

- 1 De uitbetaling geschiedt maandelijks bij achterafbetaling aan de verzekerde, zodra de mate van arbeidsongeschiktheid door de verzekeraar is vastgesteld en de eigenrisicotermijn is verstreken. In de maand waarin het recht op uitkering begint dan wel eindigt keert de verzekeraar een evenredig gedeelte van de uitkering per maand uit.
- 2 De uitkering per maand is gelijk aan 1/12 gedeelte van de in het vorige artikel berekende uitkering.
- 3 De uitkering per dag is gelijk aan 1/30 gedeelte van de uitkering per maand.
- 4 Het uit te keren bedrag wordt verminderd met de bedragen die de verzekeraar op grond van de wet moet inhouden.
- 5 Ieder recht van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van twee jaar nadat die vordering is ontstaan.

Artikel 12 | Ingang, duur en einde van de uitkering

- 1 Het recht op uitkeringen beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid begint nadat de eigenrisicotermijn is

verstreken. Deze uitkeringen eindigen met ingang van de dag dat de verzekerde het tweede jaar van onafgebroken arbeidsongeschiktheid ingaat.

- 2 Nadat de maximum uitkeringstermijn van het eerste lid is verstreken, ontstaat het recht op de uitkeringen beoordeeld op basis van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.
- 3 De arbeidsongeschiktheidsuitkering eindigt:
 - a tegen de datum waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is;
 - b tegen de datum waarop de verzekering eindigt in de gevallen zoals genoemd in artikel 4 (Aanspraak, verlenging en einde van de verzekering) lid 8.

Artikel 13 | Preventieve dienstverlening

- 1 De verzekerde heeft de mogelijkheid gebruik te maken van door de verzekeraar geadviseerde preventieve diensten. De dienstverlening heeft een preventief karakter en richt zich op het onderkennen van potentiële gezondheidsbezwaren van verzekerde. Indien sprake is van een onderzoek wordt uitsluitend de verzekerde, en desgewenst diens huisarts, door de onafhankelijke keuringsinstantie geïnformeerd over de bevindingen. De verzekeraar heeft geen toegang tot de onderzoeksbevindingen.
- 2 De bepalingen in het voorgaande lid van dit artikel gelden niet indien op het moment van de indiening van het verzoek voor preventieve dienstverlening sprake is van een relevante arbeidsongeschiktheid conform artikel 1 sub g of i.

Artikel 14 | Reïntegratie dienstverlening

- 1 De verzekerde heeft ingeval van arbeidsongeschiktheid, na beoordeling en akkoord van de verzekeraar, recht op de volgende door verzekeraar vastgestelde reïntegratie diensten tegen een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding:
 - psychische begeleiding;
 - fysieke begeleiding;
 - leefstijltraining;
 - arbeidsdeskundige begeleiding.

Kostenbijdragen zoals donaties, subsidies en vergoedingen voortvloeiend uit relevante regelgeving worden hierop in mindering gebracht of teruggevorderd. Verzekerde is gehouden deze kostenbijdragen zelf aan te vragen.

- 2 Overige kosten van aanpassingen, herplaatsing, bemiddeling bij andere arbeid, revalidatie en her- of omscholing die buiten de normale kosten van genees- of heelkundige behandeling vallen, kunnen, onder door de verzekeraar te stellen voorwaarden, eveneens voor vergoeding in aanmerking komen, voorzover daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat. Het in lid 1 bepaalde is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 15 | Premie

- 1 Op 1 januari van ieder jaar wordt de premie van de verzekering vastgesteld op basis van de dan geldende leeftijd van de verzekerde en de verzekerde bedragen.

- 2 Voor de verzekering is een premie verschuldigd tot uiterlijk:
 - a de einddatum;
 - b de dag, gelegen een jaar na aanvang van de (gehele of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, rekening houdend met de samentellingsclausule van art. 1 lid j, met dien verstande dat wanneer de verzekerde na dat jaar gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, de premie slechts is vrijgesteld voor hetzelfde percentage als het percentage van de uitkering op grond van de verzekering;
 - c de beëindigingsdatum van de verzekering;
 - d de overlijdensdatum van de verzekerde.

3 De verzekeringnemer dient de premie vooruit te betalen op de premievervaldatum. De verzekeringnemer kan de premie voor het gehele jaar ineens betalen of als halfjaar-, kwartaal- of maandbetaling. Bij termijnbetaling geldt een opslag.

4 Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden. Onder aanvangspremie wordt verstaan de eerste premie die bij aanvang van de verzekering verschuldigd is en tevens de premie die de verzekeringnemer in verband met een tussen-tijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

5 Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet, danwel niet volledig heeft betaald binnen de op de nota genoemde datum, zal de verzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen en deze daarbij in kennis stellen van de achterstand in de premiebetaling alsmede de gevolgen daarvan. De verzekeringnemer wordt daarbij in de gelegenheid gesteld de achterstallige premie verhoogd met de wettelijke rente vanaf de vervaldatum zoals vermeld in de nota, binnen een termijn van 30 dagen alsnog te voldoen.

6 Wordt de premie ook binnen de laatstgenoemde termijn niet voldaan dan stelt de verzekeraar de verzekeringnemer in kennis van het feit dat met ingang van 15 dagen na de in lid 5 genoemde schriftelijke aanmaning, de dekking van deze verzekering wordt opgeschort. De volledige jaarpremie, dan wel - in geval van termijnbetaling - alle onbetaald gebleven termijnbetalingen, inclusief de wettelijke rente blijft/blijven desondanks verschuldigd en dient binnen 14 dagen door de verzekeraar te zijn ontvangen. Geen recht op uitkering voor een arbeidsongeschikte verzekerde ontstaat indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan gedurende de periode waarin de dekking is opgeschort.

7 Zodra alle verschuldigde premies, verhoogd met de daarover verschuldigde wettelijke rente, zijn voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag volgende op die van ontvangst van de betaling.

8 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premie-termijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde. De buitengerechtelijke kosten bedragen ten minste

15% van de in totaal door de verzekeringnemer/verzekerde verschuldigde som.

9 Behoudens het geval van opzet van de verzekeringnemer om de verzekeraar te misleiden, is geen premie verschuldigd indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.

Artikel 16 | Wijziging van het tarief en/of (overige) voorwaarden

1 De verzekeraar heeft het recht het tarief, aan de hand waarvan de premies voor de verzekering worden berekend, en/of de verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering voor bepaalde risicogroepen of alle verzekerden met ingang van een door de verzekeraar te bepalen datum tegelijkertijd op dezelfde wijze te wijzigen.

2 Bij verlenging van deze verzekering heeft de verzekeraar het recht het tarief en andere voorwaarden in deze verzekering te wijzigen, mits het voorstel tenminste 2 maanden voor die datum schriftelijk is meegedeeld.

3 De verzekeringnemer wordt geacht met het in lid 1 en 2 genoemde te hebben ingestemd, tenzij hij de verzekeraar binnen 30 dagen na deze mededeling van het tegendeel heeft bericht.

4 De mogelijkheid tot weigering geldt niet indien:

- a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- b de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt bij gelijkblijvend tarief.

Artikel 17 | Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de verzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens worden binnen de Achmea Groep gebruikt voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekering of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kan de verzekeraar deze gegevens gebruiken om de verzekeringnemer of verzekerde te informeren over voor hen relevante producten en diensten.

Als geen prijs gesteld wordt op informatie over producten of diensten, dan kan dit schriftelijk gemeld worden bij: Achmea Inkomensverzekeringen, t.a.v. de privacycoördinator, Postbus 700, 7300 HC Apeldoorn.

Artikel 18 | Klachtenafhandeling en geschillenregeling

1 Geschillen en/of klachten kunnen worden voorgelegd aan verzekeraar. Deze zullen zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen worden opgelost. Als deze klachtafhandeling niet leidt tot een voor verzekerde bevredigend resultaat, dan kan de klacht worden voorgelegd aan:

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN 's Gravenhage
tel. (070) 333 89 99

Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf
Postbus 93560
2509 AN 's Gravenhage
tel. (070) 333 89 99

- 2 De verzekeraar onderwerpt zich aan de uitspraken van de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf en aan het reglement inzake taak en werkwijze van de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen.

Artikel 19 | Toepasselijk recht en bevoegde rechter

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen die niet kunnen worden voorgelegd aan de instanties genoemd in artikel 18 lid 1, dienen te worden voorgelegd aan de bevoegde Nederlandse rechter.

Artikel 20 | Risicowijzigingen

- 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is gehouden de verzekeraar per aangetekend schrijven, binnen 30 dagen in kennis te stellen van wijziging van het risico.
- 2 Wijziging van het risico is in ieder geval aanwezig in de volgende gevallen:
 - a indien zich een wijziging voordoet in de aard van de werkzaamheden van het bedrijf van de verzekeringnemer/verzekerde;
 - b indien zich een wijziging voordoet in de werkzaamheden van de verzekerde;
 - c indien een verzekerde voor langer dan een aaneengesloten periode van 60 dagen werkzaamheden buiten Nederland gaat verrichten;
 - d de verzekerde voor een periode van twee maanden of meer per week meer dan zestig uren arbeid verricht;
 - e de verzekerde geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, waaronder is begrepen het feitelijk niet verrichten van de werkzaamheden die verbonden zijn aan dat beroep;
 - f de verzekerde (zich) verplicht of vrijwillig verzekerd (wordt) ingevolge de WAO/WIA dan wel ingevolge de daarvoor in de plaats tredende wet;
 - g de verzekerde verplicht wordt deel te nemen, dan wel vrijwillig deelneemt, aan een regeling voor derving van inkomen bij ziekte en/of arbeidsongeschiktheid;
 - h indien het bedrijf van de verzekeringnemer/verzekerde meer dan 2 jaar achtereenvolgens verlies lijdt.
- 3 De verzekeraar heeft het recht om bij risicowijzigingen de verzekeringsvoorwaarden en/of de premie te wijzigen.

Artikel 21 | Geheel of gedeeltelijke weigering van uitkering

- 1 De verzekeraar heeft het recht een uitkering geheel of gedeeltelijk te weigeren indien:
 - a de verzekeringnemer en/of de verzekerde niet aan de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen voldoet of heeft voldaan;
 - b de verzekeringnemer en/of de verzekerde onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt of laat verstrekken of gegevens achterhoudt waarvan de verzekeringnemer

en/of de verzekerde moet begrijpen dat deze informatie voor de verzekeraar van belang is en de verzekeraar door dat achterhouden schade heeft geleden.

- 2 Het recht zoals bedoeld in lid 1 vervalt twee maanden na het bij de verzekeraar bekend worden van de bedoelde feiten.

Artikel 22 | Fraude

Ingeval van fraude heeft de verzekeraar het recht:

- a de verzekering te beëindigen;
- b eventueel reeds uitgekeerde bedragen en onderzoekskosten terug te vorderen;
- c een registratie plaats te laten vinden in het tussen verzekeraars gangbare signaleringsstelsel;
- d aangifte te doen bij de politie.

Artikel 23 | Garantstelling verzekeringnemer

De verzekeringnemer staat in voor de aan de verzekerde opgelegde verplichtingen. Indien de verzekerde in gebreke blijft geheel of gedeeltelijk aan een in deze voorwaarden opgelegde verplichting te voldoen, komt deze weigering voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 24 | Samenloop

Geen dekking wordt verleend indien en voorzover aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering krachtens een andere soortgelijke overeenkomst. Dit geldt eveneens indien deze overeenkomst van een latere datum is dan de onderhavige overeenkomst.

Artikel 25 | Onvoorziene gevallen

In alle gevallen waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien beslist de verzekeraar, na overleg met de verzekeringnemer/verzekerde.

Artikel 26 | Inwerkingtreding

Deze voorwaarden zijn in werking getreden op 1 januari 2006.

