

Inhoud

Hoofdstuk I – Begripsomschrijvingen

- Artikel 1 Definities
- Artikel 2 Afkortingen

Hoofdstuk II – Te verzekeren risico

- Artikel 3 Strekking van de verzekering
- Artikel 4 Grondslag van de verzekering
- Artikel 5 Dekking eerste jaar loondoorbetaling
- Artikel 6 Dekking tweede jaar loondoorbetaling
- Artikel 7 Uitsluitingen

Hoofdstuk III – Schade, schaderegeling en uitkering

- Artikel 8 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
- Artikel 9 Vaststelling en berekening van de uitkering
- Artikel 10 Betaling van de uitkering
- Artikel 11 Vervaltermijn
- Artikel 12 Einde van de uitkering
- Artikel 13 Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Hoofdstuk IV – Premie

- Artikel 14 Vaststelling van de premie
- Artikel 15 Bonus-malus regeling
- Artikel 16 Premie, betalingsachterstand en dekkingsopshorting
- Artikel 17 Terugbetaling van de premie

Hoofdstuk V – Wijziging van de verzekering

- Artikel 18 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- Artikel 19 Verplichtingen

Hoofdstuk VI – Einde van de verzekering

- Artikel 20 Einde van de verzekering
- Artikel 21 Onopzegbaarheid

Hoofdstuk VII – Extra dekking

- Artikel 22 Verzuimmanagement
- Artikel 23 Servicemodule arbozorg
- Artikel 24 Verhaalsbijstanddekking
- Artikel 25 Aanvullende begripsomschrijvingen
- Artikel 26 Rechtsbijstandgebied
- Artikel 27 Verzekerde risico's
- Artikel 28 Verlening van de verhaalsbijstand en de beperkingen
- Artikel 29 Kosten van verhaalsbijstand
- Artikel 30 Aanvullende uitsluitingen
- Artikel 31 Franchise
- Artikel 32 Aanvullende verplichtingen van verzekeringnemer
- Artikel 33 Belangenconflicten
- Artikel 34 Geschillenregeling
- Artikel 35 Verval van rechten

Hoofdstuk VIII – Slotbepalingen

- Artikel 36 Adres
- Artikel 37 Verwerking persoonsgegevens
- Artikel 38 Toepasselijk recht en klachten

Terrorismedekking

Artikel 1

Definities

1. **Accountant**
Een registeraccountant of een accountant / administratieconsulent.
2. **Arbidsongeschiktheid**
 - a. Van arbeidsongeschiktheid is sprake als de werknemer door ongeval, ziekte of gebrek niet in staat is de tussen hem en de verzekeringnemer overeengekomen arbeid of passende arbeid te verrichten. Hieronder wordt mede begrepen situationele arbeidsongeschiktheid.
 - b. In geval van verschil van mening over de mate van arbeidsongeschiktheid tussen verzekeringnemer en werknemer volgt de verzekeraar de uitspraak van het UWV, respectievelijk het rechtsorgaan dat het geschil definitief beslecht.

- c. Als en voor zo lang er sprake is van (gedeeltelijke) werkherhvatting op therapeutische basis, wordt de werknemer na 4 weken, te rekenen vanaf de datum van (gedeeltelijke) werkherhvatting, voor het therapeutische deel van de werkherhvatting arbeidsgeschikt beschouwd, behalve als voor de verlenging van deze termijn schriftelijk toestemming is verleend door de verzekeraar.
3. **Deskundige dienst**
Een door de verzekeraar geaccepteerde persoon, groep personen of instelling met deskundige kennis over verzuimbegeleiding, -controle, reïntegratie en preventie als bedoeld in de Arbeidsomstandighedenwet.
4. **Eerste ziektedag**
De eerste dag waarop de werknemer wegens arbeidsongeschiktheid geen arbeid heeft verricht of zijn arbeid wegens arbeidsongeschiktheid heeft gestaakt.
5. **Eigen risicotermijn**
De overeengekomen, op het polisblad vermelde, termijn waarover per arbeidsongeschiktheidsmelding geen uitkering wordt verleend. Deze termijn vangt aan op de eerste ziektedag van de werknemer. De eigen risicotermijn per werknemer wordt slechts éénmaal gerekend voor perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken. Voor zover op deze verzekering een kortere eigen risicotermijn dan 4 weken van toepassing is, zal bij detachering van een werknemer in het buitenland bij arbeidsongeschiktheid van de werknemer een eigen risicotermijn van 4 weken worden gehanteerd.
6. **Jaarsalaris**
Het totaal aan brutosalaris, dat de werknemer per kalenderjaar verdient, zijnde 12 maal het maandsalaris dan wel 52 maal het weksalaris, 13^e maand en 8% vakantietoeslag (kolom 8 van de (verzamel) loonstaat). Per werknemer kan voor het 1^e jaar van loondoorbetalingsplicht maximaal € 100.000,- jaarsalaris worden verzekerd en voor het 2^e jaar van loondoorbetalingsplicht maximaal € 70.000,-.
7. **Loondoorbetalingsplicht**
De verplichting tot doorbetaling van het loon bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek artikel 629 boek 7, en wat daaromtrent in de arbeids-overeenkomst is bepaald.
8. **Loonschade**
Het salaris dat verzekeringnemer in een verzekeringsjaar op grond van zijn loondoorbetalingsplicht verschuldigd is.
9. **Passende arbeid**
Is die arbeid die voor de krachten en bekwaamheden van de werknemer geschikt is naar het oordeel van de deskundige dienst of door andere ingeschakelde deskundige(n).
10. **Premiepercentage**
De premie, inclusief eventuele opslagen voor afwijkende premietermijnen en contractduur, uitgedrukt in een percentage van het verzekerd bedrag, zoals op het polisblad is vermeld.
11. **Regres**
Het verhalen van gedane uitkeringen op een aansprakelijke derde.
12. **Verzekeraar**
Fortis ASR Schadeverzekering N.V., Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 30031823.
13. **Verzekerd bedrag**
Het verzekerd bedrag is het jaarsalaris, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten, waarop de uitkering wordt gebaseerd.
14. **Verzekeringnemer**
De werkgever die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten.
15. **Werknemer**
De in dienst van verzekeringnemer zijnde loonbelastingplichtige persoon met een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht en op wie de loondoorbetalingsplicht van toepassing is. Een werknemer die geen gezagsverhouding kent als bedoeld in het Burgerlijk Wetboek, zoals bijvoorbeeld een directeur grootaandeelhouder, valt niet onder het begrip werknemer.

Artikel 2

Afkortingen

- BW**
Burgerlijk Wetboek.
- CAO**
Collectieve Arbeidsovereenkomst.
- UWV**
Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
- VUT**
Vervroegde (vrijwillige) uittrekking.
- WAO**
Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- WIA**
Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen.
- ZW**
Ziektewet.

Artikel 3

Strekking van de verzekering

De verzekering heeft tot doel uitkering te verlenen aan de verzekeringnemer, die op grond van zijn loondoorbetalingsplicht de verplichting heeft, bij arbeidsongeschiktheid van zijn werknemer het loon door te betalen.

Artikel 4

Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Als verzekeringnemer een verkeerde of onware opgave doet, of geen mededelingen doet van feiten en/of omstandigheden waarvan hij weet of behoort te weten dat zij voor de verzekeraar van belang zijn voor de beoordeling van het risico, heeft de verzekeraar het recht zich te beroepen op gehele of gedeeltelijke vernietigbaarheid van deze verzekeringsovereenkomst en/of aanpassing van premie en/of voorwaarden.

Artikel 5

Dekking eerste jaar loondoorbetaling

De dekking voor het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vangt aan vanaf de eerste ziektedag en duurt maximaal 52 weken verminderd met de eigen risicotermijn. Bij het bepalen van deze maximale uitkeringsduur worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar met onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld.

Perioden van zwangerschaps- en bevallingsverlof tellen niet mee voor deze uitkeringsduur van 52 weken.

Artikel 6

Dekking tweede jaar loondoorbetaling

De dekking voor het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid vangt aan na afloop van het eerste jaar van loondoorbetalingsplicht van de verzekeringnemer en duurt vervolgens maximaal 52 weken. Bij het bepalen van deze maximale uitkeringsduur worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar met onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen, samengeteld.

Perioden van zwangerschaps- en bevallingsverlof tellen niet mee voor deze uitkeringsduur van 52 weken.

Artikel 7

Uitsluitingen

- Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevordert of verergerd door:
 - opzet of grove schuld van de verzekeringnemer en/of werknemer;
 - hetzij direct, hetzij indirect, door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitierij. Hieronder wordt verstaan:
 - Gewapend conflict**

Onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.

2. **Burgeroorlog**

Onder burgeroorlog wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.

3. **Opstand**

Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.

4. **Binnenlandse onlusten**

Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.

5. **Oproer**

Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.

6. **Munitierij**

Onder munitierij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van de gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij zijn gesteld.

Als de omstandigheden aannemelijk maken dat arbeidsongeschiktheid hetzij direct, hetzij indirect is ontstaan, bevordert of verergerd door één of meer van de hier bedoelde toestanden of gebeurtenissen, zal de verzekeraar voor een zodanige arbeidsongeschiktheid niet tot uitkering verplicht zijn, behalve als de verzekeringnemer bewijst dat de arbeidsongeschiktheid hierdoor noch direct noch indirect is ontstaan, bevordert of verergerd.

- Er is geen recht op uitkering voor arbeidsongeschiktheid die is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor schade veroorzaakt 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, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, 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. 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.
- Eveneens bestaat geen recht op uitkering:
 - als de werknemer door een andere reden dan arbeidsongeschiktheid niet werkt;
 - als de verzekeringnemer jegens de werknemer geen loondoorbetalingsplicht heeft volgens het BW, zoals in het geval van opzet, verzwijging, belemmering van de genezing en weigering van passende arbeid;
 - als de loondoorbetalingsplicht van de verzekeringnemer is verlengd ongeacht de reden;
 - als de werknemer recht kan doen gelden op een uitkering op grond van de ZW of een WAO/WIA-uitkering gebaseerd op een mate van arbeidsongeschiktheid van 45% of meer;
 - gedurende de periode van verlof uit hoofde van de Wet arbeid en zorg, zoals tijdens zwangerschap en bevallingsverlof;
 - als de arbeidsongeschiktheid van de werknemer al bestond ten tijde van het ingaan van de verzekering;
 - als de arbeidsongeschiktheid van de werknemer al bestond bij aanvang van het dienstverband bij verzekeringnemer;
 - als de verzekeringnemer een of meerdere van de in artikel 8 genoemde verplichtingen niet is nagekomen;
 - gedurende de periode dat de werknemer gedetineerd is. Dit betekent in elk geval geen recht op uitkering tijdens (voorlopige) hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling aan de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland;
 - als op enigerlei wijze aanspraak kan worden gemaakt op uitkering op grond van enige andere verzekering – al dan niet van oudere datum – respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening. Omdat onderhavige verzekering pas in de tweede plaats van kracht is, wordt alleen die schade vergoed, die het bedrag te boven gaat waarop verzekeringnemer elders aanspraak zou kunnen maken;
 - als er op grond van één of meerdere in deze voorwaarden genoemde uitsluitingen geen recht bestaat op uitkering bij arbeidsongeschiktheid, is er eveneens geen recht op uitkering op grond van de extra dekking.

Artikel 8

Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- Verzekeringnemer is verplicht zich te houden aan alle wettelijke voorschriften en die van de verzekeraar over arbeidsongeschiktheid in het algemeen en die van arbeidsongeschiktheid van de werknemer in het bijzonder.
- Verzekeringnemer is verplicht:
 - elk geval van arbeidsongeschiktheid van een werknemer bij de verzekeraar te melden als deze arbeidsongeschiktheid langer heeft geduurd dan 14 kalenderdagen. De melding van arbeidsongeschiktheid dient uiterlijk op de twintigste kalenderdag van die arbeidsongeschiktheid door verzekeraar te zijn ontvangen. Als de verzekeraar respectievelijk de deskundige dienst een ziekmelding later ontvangt dan de hiervoor gestelde termijn, zal de eigen risicoperiode eerst vanaf de datum van ontvangst door de verzekeraar respectievelijk de deskundige dienst worden berekend. De verzekeraar behoudt zich het recht voor uitkering te weigeren als door de te late melding de belangen van de verzekeraar zijn geschaad. Als de servicemodule arbozorg is meeverzekerd, gelden afwijkende bepalingen, zie artikel 23 lid 3;
 - in het geval de werknemer na een ziekmelding weer geheel of gedeeltelijk geschikt is tot werken – al dan niet op therapeutische basis – de verzekeraar uiterlijk op de 4^e dag van die geschiktheid melding te doen;
 - alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te (doen) verstrekken en/of inzage te verlenen aan verzekeraar of aan door de verzekeraar aangewezen personen of instellingen en zo nodig daartoe de nodige machtigingen te verlenen;
 - binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige te doen om er voor te zorgen dat een werknemer, voor wie de verzekeraar uitkering verricht of mogelijk zal moeten verrichten, kan terugkeren in het arbeidsproces en erop toe te zien dat de werknemer alles doet om zijn reïntegratie te bevorderen;
 - binnen het kader van zijn mogelijkheden al het nodige te doen, om er voor te zorgen dat de werknemer medewerking verleent aan het reïntegratieproces;
 - zijn wettelijke verplichtingen (zoals in lid 1 aangegeven) na te komen, zoals bijvoorbeeld de 13^e weekmelding bij het UWV, het inschakelen van een deskundige dienst, het aanleggen en bijhouden van een reïntegratiedossier, het aanbieden van passende arbeid en of het helpen bij het vinden van passend werk bij een andere werkgever;
 - in geval van een geschil met de werknemer over de (mate van) arbeidsongeschiktheid of de mogelijkheden tot reïntegratie een deskundigenoordeel aan te vragen bij het UWV;
 - als een derde betrokken is bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer hiervan zo spoedig mogelijk melding te maken aan de verzekeraar alsmede medewerking te verlenen aan het nemen van regres. Tevens dient verzekeringnemer melding te maken als hij zelf op deze derde de loonschade gaat verhalen.

De verzekeringnemer heeft geen recht op uitkering als hij of door hem aangegeven derden een of meer van de hierboven genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen en/of de gevraagde gegevens en inlichtingen niet volledig en/of niet naar waarheid heeft verstrekt.

Artikel 9

Vaststelling en berekening van de uitkering

- De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden vastgesteld door de verzekeraar mede aan de hand van de aan haar verstrekte opgave(n) door de verzekeringnemer en/of de deskundige dienst.
- Het recht op uitkering wordt van dag tot dag verkregen. Bij de loondoorbetalingsplicht in het geval van volledige arbeidsongeschiktheid bedraagt de uitkering per dag 1/365 gedeelte van het voor de betreffende werknemer verzekerde bedrag, dat van toepassing is op de eerste ziektedag. De uitkering vangt aan nadat de eigen risicotermijn is verstreken.
- Bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering naar evenredigheid verlaagd.

- De berekening van de door verzekeraar uit te keren termijnen gebeurt telkens over een periode van 1 maand.

Artikel 10

Betaling van de uitkering

De verzekeraar betaalt de aan de verzekeringnemer uit te keren bedragen per maand achteraf. Als bij arbeidsongeschiktheid sprake is van een op derden verhaalbare schade, dan wordt de door de verzekeraar verstrekte uitkering geacht te zijn gedaan bij voorschot. De verzekeringnemer is bij geheel of gedeeltelijk verhaal van deze schade verplicht dit voorschot geheel respectievelijk gedeeltelijk terug te betalen aan de verzekeraar.

Artikel 11

Vervaltermijn

Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van één jaar.

Artikel 12

Einde van de uitkering

De uitkering per werknemer eindigt:

- zodra de uitkeringstermijn, zoals vermeld op het polisblad is verstreken;
- op de dag waarop de werknemer niet meer arbeidsongeschikt is;
- op de dag waarop een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd afloopt;
- op de dag waarop de dienstbetrekking van de werknemer bij de verzekeringnemer eindigt;
- op de 31^e dag na de dag van overlijden van de werknemer;
- op de dag waarop de werknemer toetreedt tot een (deeltijd) VUT-regeling, met pré-pensioen gaat of toetreedt tot een soortgelijke regeling;
- op de eerste dag van de maand waarin de werknemer de 65-jarige leeftijd bereikt, of, als de werknemer op een eerder tijdstip met pensioen gaat, op de eerste dag van de maand van pensionering;
- op de dag dat voor een partiële arbeidsongeschikte werknemer de WAO/WIA-uitkering wordt aangepast;
- op de dag dat de verzekeraar deze verzekering beëindigt als gevolg van:
 - het niet nakomen van de verplichtingen voortvloeiende uit deze overeenkomst en/of uit relevante wet- en regelgeving en daarmee de belangen van de verzekeraar zijn geschaad;
 - surséance van betaling;
 - faillissement;
 - bedrijfsbeëindiging;
 - wanbetaling;
 - het opzettelijk (laten) verstrekken van onjuiste of onware gegevens door verzekeringnemer;
- als de verzekeringnemer de belangen van de verzekeraar heeft geschaad door zijn verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid als genoemd in artikel 8 niet na te komen, of als verzekeringnemer en/of werknemer opzettelijk onjuiste of onware gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

Artikel 13

Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering

Als deze verzekering eindigt om een andere reden als genoemd in artikel 12 lid 9 blijven de rechten ten gevolge van voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid bestaan met dien verstande, dat:

- een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid alleen in aanmerking wordt genomen voor zover dit een verlaging van uitkering inhoudt;
- het recht op uitkering in ieder geval eindigt na volledig herstel van de werknemer. Bij een nieuwe arbeidsongeschiktheidsmelding al dan niet binnen 4 weken na de datum van volledig herstel bestaat er geen recht op uitkering meer;
- de op de verzekeringnemer rustende verplichtingen, zoals bedoeld in artikel 8 onveranderd van toepassing blijven zolang er recht op uitkering bestaat.

Artikel 14

Vaststelling van de premie

1. Het op het polisblad vermelde premiebedrag is een voorschotpremie. Aan het begin van het kalenderjaar wordt de premie voor dat jaar berekend aan de hand van de door en/of namens verzekeringnemer te verstrekken opgaven en verklaringen.
2. Bij aanvang van elk verzekeringsjaar wordt het premiepercentage opnieuw vastgesteld mede aan de hand van de samenstelling van het personeelsbestand naar leeftijd en het dan geldende verzekerde bedrag, alsmede de verleende uitkeringen.
3. Als het premiepercentage ten opzichte van het voorafgaande verzekeringsjaar met meer dan 15% toeneemt, uitgaande van gelijkblijvende dekking, heeft verzekeringnemer het recht een dergelijke verhoging te weigeren, in welk geval verzekeringnemer het recht heeft de verzekering binnen 30 dagen na ontvangst van een dergelijke mededeling tussentijds schriftelijk te beëindigen. In dat geval wordt de verzekering geacht te zijn beëindigd op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin het bericht van weigering door de verzekeraar is ontvangen. In geval van weigering zal de premie voor de periode vanaf de datum waarop het nieuwe premiepercentage van toepassing zou zijn, tot de datum waarop de verzekering eindigt, worden vastgesteld op 115% van het laatst van toepassing zijnde premiepercentage.

Artikel 15

Bonus-malus regeling

1. Als na verloop van 3 aaneengesloten jaren, gerekend vanaf 1 januari 2002 of voor zover het contract op een datum na 1 januari 2002 is ingegaan, vanaf de ingangsdatum van de verzekering, door de verzekeraar geen uitkering is verleend, wordt in het daaropvolgende jaar een premiekorting verleend van 5%.
2. Wanneer ook over het eerste jaar waarover deze premiekorting wordt verleend geen uitkering is verstrekt wordt de premiekorting verhoogd naar 7,5%.
3. Als in een daaropvolgend jaar een uitkering wordt verstrekt, heeft dit geen verlies van de opgebouwde korting tot gevolg, ongeacht de hoogte van de uitkering.
4. Als er gedurende 2 aaneengesloten jaren of meer uitkering is verstrekt vervalt de premiekorting en/of wordt een premietoeslag toegepast, volgens onderstaande regeling:

Uitkering minder dan 70% van de premie	geen premietoeslag
Uitkering 70 – 100% van de premie	premietoeslag 5%
Uitkering 100 – 150% van de premie	premietoeslag 10%
Uitkering meer dan 150% van de premie	premietoeslag 25%
Uitkering meer dan 250% van de premie	individuele premietoeslag.

Artikel 16

Premie, betalingsachterstand en dekkingsopschorting

1. De premie is voor aanvang van de dekkingsperiode verschuldigd.
2. Als de verzekeringnemer in gebreke blijft tijdig aan zijn verplichtingen te voldoen, zal de verzekeraar de dekking opschorten of beëindigen. In die gevallen blijft de verzekeringnemer verplicht de tot de einddatum van de verzekering, maar uiterlijk tot 3 jaar na opschorting, verschuldigde premie en kosten te voldoen.
3. Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten die door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige betalingen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.
4. De dekking wordt in het geval van opschorting weer van kracht op de dag volgend op die waarop de gehele betalingsachterstand en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen en aanvaard. Gevallen van arbeidsongeschiktheid, ontstaan op of na de dag waarop de dekkingsopschorting van kracht werd, blijven echter uitgesloten van dekking.
5. De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door hem verschuldigde uitkeringen aan de verzekeringnemer te verrekenen met openstaande premie-termijnen.
6. De verzekeringnemer is niet bevoegd de aan hem verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen, behalve met uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van verzekeraar.

Artikel 17

Terugbetaling van de premie

Behalve bij opzegging door de verzekeraar wegens het opzettelijk verstrekken van onjuiste of onware gegevens, wordt bij tussentijdse beëindiging restitutie van premie verleend over de periode dat de verzekering niet meer van kracht is.

Artikel 18

Wijziging van premie en/of voorwaarden

1. De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo een groep, dan is de verzekeraar gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum.
2. De verzekeraar mag de premie en/of voorwaarden wijzigen in het geval dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar wordt beïnvloed door een wijziging van bestaande sociale verzekeringen of voorzieningen of van invoering van nieuwe sociale verzekeringen en/of voorzieningen.
3. Voor de verzekering onder welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op een door de verzekeraar bepaalde datum. De wijziging van de voorwaarden zal voor die werknemer die op dat moment arbeidsongeschikt zijn eerst van kracht worden zodra zij voor ten minste 4 weken volledig arbeidsgeschikt zijn.
4. Verzekeringnemer wordt van deze wijziging(en) in kennis gesteld en wordt uitgenodigd hiermee uitdrukkelijk in te stemmen. Alleen als hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn heeft bericht niet met de voorgestelde wijziging akkoord te gaan, vervalt deze verzekering per de datum als genoemd in de door de verzekeraar aan de verzekeringnemer verzonden kennisgeving. De mogelijkheid tot opzegging van verzekering geldt niet als:
 - a. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - b. de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
 - c. de wijziging een uitbreiding van de dekking met een niet hogere premie inhoudt;
 - d. de wijziging van de premie voortvloeit uit de jaarlijkse premieaanpassing als bedoeld in artikel 14 lid 2, behalve als de verhoging het in artikel 14 lid 3 genoemde percentage overschrijdt.

Artikel 19

Verplichtingen

1. De verzekeringnemer is verplicht om een adequaat beleid te voeren ten aanzien van preventie van verzuim, verzuimregistratie en –controle en reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers.
2. De verzekeringnemer is verplicht om bij aanvang van ieder kalenderjaar maar in ieder geval voor 1 maart een, door een accountant gewaarmerkte, opgave te verstrekken van de salarisgegevens van de werknemers. Mochten deze gegevens niet of niet tijdig zijn ontvangen, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de verzekerde bedragen van het nieuwe kalenderjaar aan te passen op basis van het CBS-indexcijfer van CAO-lonen van volwassen werknemers in particuliere bedrijven van het voorgaande kalenderjaar.
3. De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar direct kennis te geven wanneer:
 - a. de werknemer, anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid, heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
 - b. de werknemer, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, langer dan wel korter gaat werken;
 - c. de werknemer, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, van beroep verandert of wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden een wijziging ondergaan;
 - d. een werknemer wordt gedetacheerd in het buitenland. In dat geval zal gedurende maximaal 6 maanden dekking worden verleend, tenzij anders is overeengekomen;
 - e. de verzekeringnemer dusdanige bedrijfsactiviteiten gaat ontplooiën, waardoor een duidelijk verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid ontstaat;

- f. de bedrijfsvoering ingrijpend wijzigt, door bijvoorbeeld acquisitie van bedrijven of het afstoten van bedrijfsonderdelen. In geval van fusie met of overname van een bedrijf zal de verzekering van oudste datum voortgezet worden;
- g. surséance van betaling wordt aangevraagd, verzekeringnemer in staat van faillissement wordt gesteld, er een beroep wordt gedaan op de Wet Schuldsanering of als deze wet op verzekeringnemer van toepassing wordt verklaard.

Als blijkt dat verzekeringnemer niet (tijdig) aan deze verplichtingen heeft voldaan heeft de verzekeraar het recht om nadere informatie te eisen, andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen, of de verzekering te beëindigen. Als de verzekeringnemer met de eventuele verhoging van premie en/of wijziging van de voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen 1 maand na ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen.

De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Artikel 20

Einde van de verzekering

1. Behalve wat er elders in deze voorwaarden omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering staat vermeld, eindigt de verzekering in ieder geval:
 - a. op de contractvervaldatum op voorwaarde dat de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum, per een aan de verzekeraar verstuurd brief, deze verzekering heeft opgezegd;
 - b. op een door de verzekeraar te bepalen datum in het geval dat de verzekeringnemer en/of werknemer onjuiste of onware gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.
2. Als de verzekering door verzekeringnemer of door de verzekeraar wordt beëindigd geschiedt zulks onverminderd de rechten van al ingetreden arbeidsongeschiktheid als nader omschreven in artikel 13.
3. De dekking voor een werknemer eindigt automatisch als:
 - a. het dienstverband met verzekeringnemer wordt beëindigd;
 - b. de arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd afloopt;
 - c. de werknemer overlijdt;
 - d. de werknemer de 65-jarige leeftijd bereikt, of eerder wordt gepensionneerd, toetreedt tot een (deeltijd) VUT-regeling of met pré-pensioen gaat;
 - e. verzekeringnemer failliet wordt verklaard of surséance van betaling wordt verleend en dienstengevolge de premiebetaling wordt gestaakt.

Artikel 21

Onopzegbaarheid

Van de zijde van de verzekeraar is deze verzekering onopzegbaar, behalve in de gevallen die uitdrukkelijk in deze voorwaarden zijn genoemd.

Artikel 22

Fortis ASR Verzuimmanagement

1. Ten behoeve van het voorkomen en terugdringen van arbeidsongeschiktheid van werknemers biedt de verzekeraar de diensten van de afdeling Verzuimmanagement aan. Het betreft hierbij onder andere het geven van adviezen, bieden van ondersteuning bij het opzetten van het verzuimbeleid, wachtlijstbemiddeling, bieden van hulp bij verzuimpreventie, reïntegratie en conflicten tussen werkgever en werknemer ter bespoediging van het herstel van de arbeidsongeschikte werknemer.
2. Kosten voortvloeiende uit de inzet van externe dienstverleners kunnen na beoordeling door Verzuimmanagement voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 23

Servicemodule arbozorg

1. In de servicemodule arbozorg zijn opgenomen:
 - a. het spreekuur met een bedrijfsarts;
 - b. het opstellen van de probleemanalyse (week 6);
 - c. melding doen bij het UWV (week 13);
 - d. voortgangsevaluatie (week 48);
 - e. actueel oordeel (week 86);

- f. dossiervorming ten behoeve van de WIA-aanvraag;
- g. arbeidsomstandigheden spreekuur;
- h. poortwachtergarantie. Dit houdt in dat de verzekeraar de boete overneemt die door het UWV aan de werkgever is opgelegd indien bij de beoordeling van het reïntegratiedossier door het UWV blijkt dat de werkgever zich onvoldoende zou hebben ingespannen of nalatig zou zijn geweest wat betreft de reïntegratie van de arbeidsongeschikte werknemer. De verzekeraar doet dit onder voorwaarde dat de werkgever de adviezen van de verzekeraar en/of de deskundige dienst en/of de verzuimmanagement en/of Keerpunt heeft opgevolgd.

2. De hierboven vermelde extra dekking is alleen van kracht als de verzekeringnemer deze dekking heeft aangevraagd en de verzekeraar deze heeft verleend, zoals aangetekend op het polisblad.
3. In afwijking van hetgeen dat is geregeld in artikel 8 lid 2a van de polisvoorwaarden geldt dat de verzekeringnemer verplicht is om elk geval van arbeidsongeschiktheid van een werknemer binnen 3 dagen na de eerste ziektedag te melden bij de verzekeraar. Als de verzekeraar de ziekmelding later ontvangt dan de hiervoor gestelde termijn, zal de eigen risicoperiode eerst vanaf de datum van ontvangst door de verzekeraar worden berekend. De verzekeraar behoudt zich het recht voor uitkering te weigeren als door de te late melding de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.
4. De premie van de servicemodule arbozorg wordt jaarlijks vastgesteld mede aan de hand van de verleende uitkeringen en de kostenontwikkeling.
5. De dekking van de servicemodule arbozorg geldt voor de periode van een jaar en wordt telkens stilzwijgend met een jaar verlengd, behalve als de verzekeraar minimaal 2 maanden voor het einde van deze periode een schriftelijk bericht van de verzekeringnemer heeft ontvangen waarin de servicemodule arbozorg wordt opgezegd.

Artikel 24

Verhaalsbijstanddekking

De hieronder vermelde extra dekking is alleen van kracht als de verzekeringnemer deze dekking heeft aangevraagd en de verzekeraar deze heeft verleend, zoals aangetekend op het polisblad.

ALGEMEEN

Ter uitvoering van de verhaalsbijstand op grond van deze verzekering heeft de verzekeraar een overeenkomst gesloten met de D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V., Karspeldreef 15, Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam.

Artikel 25

Aanvullende begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1. **Derde**
Een ieder die op wettelijke gronden tegenover verzekeringnemer tot schadevergoeding is gehouden met uitzondering van de verzekeraar ter zake van onderhavige ziekengeldverzekering.
2. **Gebeurtenis**
Het schadeveroorzakende voorval dat zich heeft voorgedaan gedurende de looptijd van de verzekering.
3. **Schaderegelaar**
D.A.S. Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
4. **Verhaalsbijstand**
Het behartigen van de belangen van de verzekeringnemer bij het verhalen van een door zijn werknemer geleden schade, bestaande uit het verlies aan inkomen door arbeidsongeschiktheid.

Artikel 26

Verhaalsbijstandgebied

Verhaalsbijstand wordt verleend in Europa en de landen rondom de Middellandse Zee, mits de rechter van één van die landen bevoegd is en het recht van die landen van toepassing is.

HET VERZEKERDE RISICO EN DE VERLENING VAN DE VERHAALSBIJSTAND

Artikel 27

Verzekerde risico's

Verzekeringnemer heeft in zijn hoedanigheid van werkgever aanspraak op verhaalsbijstand bij het verhalen van een door zijn werknemer geleden schade, bestaande uit het verlies aan inkomen door arbeidsongeschiktheid, op grond van een gebeurtenis waarvoor een derde aansprakelijk is, in welke schadeverandering de werkgever wettelijk is gesubrogeerd krachtens de door hem aan zijn werknemer gedane uitkering.

De verhaalsbijstand wordt verleend mits en voor zover:

- deze derde zijn domicilie heeft in Europa of de landen rondom de Middellandse Zee, mits de rechter van één van die landen bevoegd is en het recht van één van die landen van toepassing is;
- door verzekeringnemer voor deze schade niet op enigerlei wijze aanspraak kan worden gemaakt op uitkering op grond van enig andere verzekering – al dan niet van oudere datum – respectievelijk op grond van enige wet of andere voorziening;
- door de verzekeringnemer, indien deze verzekering niet zou bestaan, geen aanspraak kan worden gemaakt op het recht tot verhaalsbijstand uit andere verhaals- of rechtsbijstandverzekering, al dan niet van oudere datum.

Artikel 28

Verlening van de verhaalsbijstand en de beperkingen

- De verhaalsbijstand wordt door de schaderegelaar verleend. De schaderegelaar garandeert daarbij de inzet van alle in loondienst aan haar verbonden deskundigen, tenzij de schaderegelaar besluit de verlening van de verhaalsrechtsbijstand of een deel daarvan over te dragen aan een externe deskundige. Voor zover de deskundige in loondienst van de schaderegelaar de verhaalsrechtsbijstand verleent, overlegt de schaderegelaar met verzekeringnemer over de wijze van behandeling en wordt hij geïnformeerd over de haalbaarheid van het gewenste resultaat.
- Als er geen redelijke kans (meer) is het gewenste resultaat te bereiken, wordt de verlening van de verhaalsbijstand gestaakt.
- De schaderegelaar is bevoegd geen (verdere) verhaalsbijstand te verlenen als het belang van de zaak niet opweegt tegen de (verder) te maken kosten van verhaalsbijstand. De schaderegelaar stelt dan een bedrag beschikbaar dat gelijk is aan het belang van de zaak.
- Als het naar het oordeel van de schaderegelaar noodzakelijk is de behandeling of een deel daarvan over te dragen aan een advocaat of externe deskundige, is uitsluitend de schaderegelaar bevoegd om, na overleg met verzekeringnemer, opdrachten daartoe te verstrekken. Als de schaderegelaar een opdracht geeft aan een advocaat om de belangen van verzekeringnemer in een procedure te behartigen, volgt de schaderegelaar de keuze van verzekeringnemer met dien verstande dat uitsluitend in aanmerking komen advocaten of rechtens bevoegde deskundigen die in Nederland zijn ingeschreven of kantoor houden als de zaak hier dient of die bij het buitenlandse gerecht staan ingeschreven als de zaak daar dient.
- Alleen de schaderegelaar is bevoegd, na overleg met de verzekerde, opdrachten te verstrekken aan advocaten, rechtens bevoegde deskundigen en andere externe deskundigen. De opdrachten worden steeds gegeven namens de verzekeringnemer. De verzekeringnemer machtigt de schaderegelaar hiertoe onherroepelijk. De schaderegelaar is niet verplicht om in het kader van eenzelfde verzoek om verhaalsbijstand aan meer dan één advocaat (al dan niet in loondienst van de schaderegelaar) of (andere) externe deskundigen een opdracht te verstrekken.
- De schaderegelaar is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de behandeling door een externe deskundige.

Artikel 29

Kosten van verhaalsbijstand

Voor vergoeding in aanmerking komen:

- de interne kosten:
 - de kosten van de aan de schaderegelaar in loondienst verbonden deskundigen;
- de navolgende extra kosten:
 - tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis de volgende externe kosten:

- de kosten van externe deskundigen die door de schaderegelaar worden ingeschakeld, voor zover deze kosten noodzakelijk gemaakt zijn voor de uitvoering van de opdracht;
- de kosten van getuigen voor zover door een rechter toegewezen;
- de proceskosten die ten laste van verzekeringnemer blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de noodzakelijke, in overleg met de schaderegelaar te maken reis- en verblijfkosten als zijn persoonlijk verschijnen voor een buitenlandse rechter is bevolen of dringend gewenst wordt door de ingeschakelde advocaat;
- de kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis binnen 5 jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

Artikel 30

Aanvullende uitsluitingen

De schaderegelaar verleent geen (verdere) verhaalsbijstand:

- als het rechtsprobleem verband houdt met het besturen van een voer- of vaartuig terwijl de werknemer als bestuurder niet bevoegd was dit te besturen. De schaderegelaar doet hierop geen beroep als in een strafzaak de vervolging geen betrekking had op het onbevoegd besturen, of de verzekeringnemer die het verzoek om verhaalsbijstand doet, niet wist en redelijkerwijs niet kon weten dat de werknemer als bestuurder onbevoegd bestuurde;
- in een geschil over de onderhavige verzekeringsovereenkomst. De schaderegelaar vergoedt echter alsnog de redelijk gemaakte kosten van verhaalsbijstand als de verzekeringnemer in een onherroepelijk vonnis gelijk krijgt;
- als de behoefte aan verhaalsbijstand het beoogde of zekere gevolg is van het handelen of nalaten van verzekeringnemer of indien hij het ontstaan van deze behoefte wilens en wetens heeft geaccepteerd om enig voordeel te behouden of te behalen;
- in geschillen die zijn ontstaan doordat de verzekeringnemer instaat voor de verplichtingen van anderen of doordat een vordering of verplichting van een ander op hem is overgegaan.

Artikel 31

Franchise

De verzekeringnemer kan alleen aanspraak maken op verhaalsbijstand als het belang van zijn verzoek ten minste € 225,- beloopt.

Artikel 32

Aanvullende verplichtingen van verzekeringnemer

Als verzekeringnemer een beroep op de verhaalsbijstand wil doen is hij verplicht:

- zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis bij de verzekeraar aan te melden; als de verzekeringnemer zijn verzoek meer dan een jaar na het ontstaan van de gebeurtenis aanmeldt is de schaderegelaar niet meer verplicht verhaalsbijstand te verlenen;
- alle medewerking te verlenen die gevraagd wordt door de schaderegelaar of de door deze ingeschakelde externe deskundigen. Dit houdt onder meer in dat hij:
 - alle gegevens en stukken verstrekt die op zijn verzoek betrekking hebben;
 - de schaderegelaar machtigt inzage te nemen in de stukken die een externe deskundige over zijn zaak ter beschikking heeft;
 - zich desgevraagd civiele partij stelt in een strafzaak en meewerkt aan het verhalen van gemaakte kosten van verhaalsbijstand op derden;
 - alles nalaat wat de belangen van de schaderegelaar kan schaden;
- de door de schaderegelaar voorgeschoten kosten, voor zover deze door verzekeringnemer in ontvangst worden genomen, te restitueren aan de schaderegelaar. Daaronder worden mede verstaan de bij onherroepelijk vonnis toegewezen proceskosten.

De verzekeringnemer kan geen (verdere) rechten aan deze bijzondere voorwaarden ontnemen, indien:

- hij een van de in dit artikel in lid 1 en 2 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de schaderegelaar heeft geschaad;
- hij ter zake van een schade opzettelijk onware of onvolledige mededelingen doet of laat doen.

GESCHILLEN

Artikel 33

Belangenconflicten

Er is sprake van een belangenconflict als beide partijen in een geschil aanspraak hebben op verhaalsbijstand door de schaderegelaar. Bij een geschil tussen 2 verzekeringnemers op 2 verschillende polissen hebben beide verzekerden recht op verhaalsbijstand door een advocaat naar eigen keuze. De schaderegelaar vergoedt de kosten hiervan overeenkomstig artikel 29.

Artikel 34

Geschillenregeling

1. Als de verzekeringnemer het oneens blijft met het oordeel van de schaderegelaar over de haalbaarheid of de wijze van behandeling, dan kan de verzekeringnemer verzoeken dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar keuze uit een lijst van advocaten die de schaderegelaar op verzoek aan hem verstrekt. Deze advocaten zijn niet in loondienst van de schaderegelaar.
2. De schaderegelaar legt dan dit meningsverschil met alle relevante stukken voor aan de gekozen advocaat en verzoekt hem zijn oordeel te geven. Desgewenst verwoordt de verzekeringnemer ook zelf het meningsverschil. Het oordeel van de advocaat is bindend voor de schaderegelaar. De kosten zijn voor rekening van de schaderegelaar.
3. De verlening van verhaalsbijstand wordt door de schaderegelaar voortgezet in overeenstemming met het oordeel van de advocaat, tenzij de verzekeringnemer op dat moment te kennen geeft dat hij gebruik wil maken van het bepaalde in lid 5 van dit artikel.
4. Als de schaderegelaar de behandeling overdraagt aan een externe deskundige, mag de opdracht niet aan de advocaat die het bindende oordeel heeft gegeven, of aan een kantoorgenoot worden verstrekt.
5. Als verzekeringnemer zich niet met het oordeel van de advocaat kan verenigen, kan hij de zaakbehandeling voor eigen rekening en risico voortzetten. Wordt hij daardoor alsnog geheel of gedeeltelijk in het gelijk gesteld, dan betaalt de schaderegelaar alsnog de redelijk gemaakte kosten van verhaalsrechtsbijstand, overeenkomstig het bepaalde in artikel 29.
6. Deze geschillenregeling is niet van toepassing op een meningsverschil tussen de verzekeringnemer en een advocaat of een door de schaderegelaar ingeschakelde externe deskundige.

Artikel 35

Verval van rechten

Het recht om een meningsverschil zoals in artikel 34 is beschreven of een meningsverschil over de uitleg of toepassing van de polisvoorwaarden aan een rechter voor te leggen vervalt na afloop van 1 jaar, nadat de schaderegelaar haar standpunt schriftelijk bekend heeft gemaakt.

Artikel 36

Adres

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer gebeuren rechtsgeldig aan diens laatst bij de verzekeraar bekende adres.

Artikel 37

Verwerking persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Artikel 38

Toepasselijk recht en klachten

1. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
2. Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan:
 - a. het interne klachtenbureau van Fortis ASR; de klacht kan schriftelijk onder vermelding van naam, adres, en verzekeringsnummer van verzekeringnemer worden gericht aan Fortis ASR, Intern Klachtenbureau, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht;
 - b. Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (SKV), Postbus 93560, 2509 AN Den Haag, telefoon (070) 333 89 99; binnen dit instituut zijn werkzaam de Ombudsman Schadeverzekering, de Ombudsman Levensverzekering en de Raad van Toezicht Verzekeringen;
 - c. de rechter, als verzekerde geen gebruik wil maken van andere personen of instanties, of in het geval bij de behandeling door, of uitspraak van deze personen of instanties onbevredigend vindt.

Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Artikel 1

Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

- 1. Terrorisme:**
Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 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.
- 2. Kwaadwillige besmetting:**
Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 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.
- 3. Preventieve maatregelen:**
Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken.
- 4. Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):**
Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.
- 5. Verzekeringsovereenkomsten:**
 - a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub o van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
 - b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
 - c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- 6. In Nederland toegelaten verzekeraars:**
 - Schade-, levens- en zorgverzekeraars, zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993, en
 - Natura-uitvaartverzekeraars, zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet Toezicht Natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2

Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

1. Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polis-

voorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in 3 landelijk verschijnende dagbladen.
3. In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
 - schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars, zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan:

alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3

Uitkeringsprotocol NHT

1. Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
2. De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
3. Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
4. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.