

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Verzekerde:

degene die als zodanig op de polis is vermeld.

Verzekerde maandlasten:

de door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier aangegeven te verzekeren maandlasten.

Eigen risicoperiode:

de periode waarover verzekerde tijdens zijn of haar ziekte of arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering.

Ziekte:

een lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een medicus stelt.

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 tengevolge heeft en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een medicus stelt.

Ernstige aandoeningen:

een van de navolgende aandoeningen of gebeurtenissen:

1. Hartaanval

Het afsterven van een gedeelte van de hartspier (myocardium) als gevolg van een blokkering van de kransslagaderen, voor zover de diagnose gebaseerd is op de aanwezigheid van drie criteria:

- en medische voorgeschiedenis van typisch aanhoudende pijn in de borstkas;
- nieuwe electrocardiografische veranderingen;
- verhoging van de hartenzymen boven de normaalwaarde (in geval van C.P.K. dient een C.P.K.-MB meting te worden toegepast).

2. Beroerte

Elk plotseling uitvallen van een deel van de hersenwerking (Cerebrovasculair accident) of een aandoening betreffende de hersenvaten, die neurologische complicaties met een duur van meer dan 24 uur veroorzaakt en permanent neurologische uitval tot gevolg heeft. Bewijs van permanent neurologische uitval zal moeten worden geleverd.

3. Kanker

De manifestatie van een kwaadaardig woekergezwel inclusief leukemie en de 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 reguliere nierdialyse of een niertransplantatie wordt uitgevoerd.

5. Coronaire hartziekte met noodzaak tot operatie

Het op advies van een specialist ondergaan van hartchirurgie door personen met beperkende angineuze symptomen om de vernauwing of blokkade van twee of meer kransslagaderen te corrigeren met omleidingen. Uitgesloten zijn niet-chirurgische technieken zoals bijvoorbeeld dotteren of verwijdering van blokkades met lasertechnieken.

6. Transplantatie van belangrijke organen

Het feitelijk ondergaan als ontvanger van een transplantatie van hart, hart en longen, longen, nier(en), lever of beenmerg.

Zelfstandig ondernemer:

de persoon:

- die anders dan in dienstbetrekking alleen of tezamen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of

- die anders dan in dienstbetrekking alleen of tezamen met anderen een beroep uitoefent; of
- die als directeur-aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

Artikel 2 Duur en einde van de verzekeringsovereenkomst

- In afwijking van het bepaalde in artikel 3 van de Algemene Voorwaarden is de verzekering van kracht vanaf de ingangsdatum, zoals op het polisblad vermeld, mits de koopsom is betaald. De verzekering is aangegaan tot de einddatum zoals op het polisblad vermeld.
- De verzekering eindigt:
 - op de einddatum, zoals vermeld op het polisblad te 0.00 uur;
 - op de laatste dag van de maand volgend op de maand:
 - waarin verzekerde 65 jaar wordt;
 - waarin verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
 - waarin verzekerde de actieve beroepsbezigheden stopzet (bijvoorbeeld VUT);
 - op de datum van overlijden van verzekerde;
 - indien de verzekeringnemer weigert de herziening van voorwaarden zoals vermeld in artikel 5 te accepteren en wel per de in de mededeling door de maatschappij genoemde datum.

Artikel 3 Omvang van de dekking

De dekking is omschreven in de Bijzondere Voorwaarden ten aanzien van ziekte en arbeidsongeschiktheid, onvrijwillige werkloosheid en ernstige aandoeningen.

Artikel 4 Betaling koopsom

In afwijking van artikel 4 van de Algemene Voorwaarden dient de koopsom binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de verzekering te zijn voldaan. Indien de koopsom niet binnen deze termijn aan de maatschappij is voldaan wordt de dekking opgeschort totdat de koopsom door de maatschappij is ontvangen.

Indien de dekking na een opschorting als hiervoor bedoeld wordt hersteld en blijkt, dat op de datum van herstel van verzekering de situatie waarvoor verzekerde de in de verzekeringsaanvraag opgenomen verklaring heeft getekend, dermate veranderd is, dat de maatschappij het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd, kan de dekking door de maatschappij worden beperkt of geweigerd.

Artikel 5 Algemene herziening van voorwaarden

In afwijking van het bepaalde in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden wordt:

- de premie gedurende de looptijd van deze verzekering niet meer herzien;
- voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan de herziening van de voorwaarden eerst van kracht zodra de uitkering is beëindigd;
- indien verzekeringnemer aan de maatschappij schriftelijk heeft medegedeeld niet akkoord te gaan met de herziening het eventueel onverdiende deel van de koopsom onder aftrek van gemaakte kosten door de maatschappij aan verzekeringnemer terugbetaald.

Artikel 6 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene Voorwaarden vermelde uitsluitingen bestaat eveneens geen recht op uitkering indien:

- a. verzekerde bij de verzekeringsaanvraag bewust of onbewust onjuiste of onvolledige informatie heeft verschaft die voor de beoordeling van het te verzekeren risico en/of de persoon van verzekerde van belang kan zijn, conform art. 251 van het Wetboek van Koophandel;
- b. blijkt dat op de ingangsdatum van de verzekering de situatie waarvoor verzekeringnemer de in de verzekeringsaanvraag opgenomen verklaring heeft getekend, dermate veranderd is, dat de maatschappij het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd;
- c. het schadegeval het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van verzekerde kan worden toegerekend;
- d. de schadegevallen meer dan 6 maanden nadat zij zich hebben voorgedaan, worden gemeld;
- e. verzekerde bij het afsluiten van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- f. het schadegeval kan worden toegerekend aan gebruik van alcohol, verdovende middelen, bedwelvende, opwekkende en soortgelijke middelen of het gebruik van niet door een medicus voorgeschreven geneesmiddelen of niet voorgeschreven dosissen van geneesmiddelen.

N.B. Artikel 251 van het Wetboek van Koophandel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig is, indien u bij het aanvragen van de verzekering onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt. Uw plicht om informatie te verschaffen heeft betrekking op alles wat voor de maatschappij van belang kan zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico en de persoon van de aanvrager en/of verzekerde. Het gevolg van onjuiste of onvolledige opgave, ook al was u zich dit niet bewust, is dat de maatschappij zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren.

Artikel 7 Overdraagbaarheid

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

Artikel 8 Maximale uitkering

Het maximale verzekerde bedrag aan maandlasten is f 4.000,- per maand voor alle bij de maatschappij gesloten verzekeringen tezamen. Het maximaal uit te keren bedrag voor alle bij de maatschappij verzekerde dekkingen tezamen, bedraagt f 200.000,-.

Artikel 9 Euro

De administratie van de maatschappij wordt gevoerd in Nederlandse gulden. Indien deze munteenheid zal zijn vervallen, zal de administratie worden gevoerd in het daarvoor in de plaats gestelde wettig betaalmiddel.

Artikel 10 Verhaal van kosten en belasting

Alle kosten anders dan medische kosten, verbonden aan de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst of aan de uitoefening van enige daarbij toegekende bevoegdheid, komen voor rekening van verzekeringnemer of belanghebbende. Onder kosten worden mede verstaan belastingen op premies en/of uitkeringen en revisierente.

Bijzondere Voorwaarden ziekte en arbeidsongeschiktheid

Artikel 11 Verzekerde dekking

Gedurende de looptijd van de verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt de maatschappij het risico van ziekte en/of arbeidsongeschiktheid van verzekerde dat het direct en uitsluitend gevolg is van ziekte of ongeval,

waarvoor verzekerde medisch vastgesteld, geheel niet in staat is om werk dat hem inkomsten uit arbeid en/of winst uit onderneming oplevert, voort te zetten of te hervatten, mits verzekerde op de dag van de vaststelling van ziekte en/of arbeidsongeschiktheid voor ten minste 18 uren per week actief aan het arbeidsproces deelnam. De eerste dag van ziekte en/of arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een medicus is vastgesteld.

Artikel 12 Verzekeringsuitkering

Met inachtneming van het hieronder gestelde, zal de uitkering aan verzekerde geschieden.

Het recht op uitkering bestaat:

1. bij een eigen risicoperiode van 30 dagen:
 - a. vanaf de eerste dag van ziekte of arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode, zolang de ziekte of de arbeidsongeschiktheid in de eerste 52 weken voortduurt;
 - b. indien de ziekte of de arbeidsongeschiktheid voortduurt na de eerste 52 weken, zolang het in het kader van de uitvoering van de wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen vastgestelde percentage arbeidsongeschiktheid tenminste 45 bedraagt.
2. bij een eigen risicoperiode van 365 dagen vanaf de eerste dag na de eigen risicoperiode zolang het in het kader van de uitvoering van de wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen vastgestelde percentage arbeidsongeschiktheid tenminste 45 bedraagt.
3. De voorlopige vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage in afwachting van een definitieve keuring door het uitvoeringsorgaan van de wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, wordt niet als een arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid 1 van dit artikel beschouwd. Indien, als gevolg van de definitieve vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage, blijkt dat er te veel of te weinig is uitgekeerd, dan zal het verschil achteraf worden verrekend.
4. Het aantal uitkeringen voor eenzelfde aandoening is beperkt tot 12.

Artikel 13 Betaling van de uitkering

1. Indien in een clause bij het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering maandelijks en achteraf.
2. In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de ziekte of arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door de verzekerde maandlast te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden dat de ziekte of arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de ziekte of arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van ziekte of arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden.

Artikel 14 Bijzondere verplichtingen bij schade

Naast de in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden vermelde verplichtingen is verzekeringnemer respectievelijk verzekerde verplicht:

1. zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelend arts op te volgen totdat hij of zij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat de genezing kan verhinderen of vertragen;
2. iedere door de maatschappij aan te wijzen medicus of gemachtigde te bezoeken of te ontvangen, een door hen in te stellen onderzoek toe te staan en verder alle door hen en de maatschappij gevraagde inlichtingen met betrekking tot de ziekte of arbeidsongeschiktheid, het ongeval en werkzaamheden naar waarheid te verstrekken;
3. desgevraagd aan de maatschappij het bewijs van voortdurende ziekte of arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
4. de maatschappij terstond op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel.

Artikel 15 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene Voorwaarden en in artikel 5 vermelde uitsluitingen bestaat eveneens geen recht op uitkering indien:

- a. blijkt dat verzekerde ten onrechte heeft verklaard dat hij of zij een goede gezondheid bezit, zijn of haar beroep voor ten minste 18 uren per week bezoldigd en actief uitoefent en/of niet meer dan 30 al dan niet opeenvolgende dagen ziek of arbeidsongeschikt is geweest in de 12 maanden voorafgaand aan de aanvang van deze verzekering;
- b. de ziekte of arbeidsongeschiktheid kan worden toegerekend aan zwangerschap, miskraam, abortus of bevalling, tenzij de ziekte of arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van complicaties bij de bevalling;
- c. de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van psychologische, psychosociale of neuropsychiatrische aandoeningen, behalve het begin van belangrijke psychiatrische ziektebeelden zoals geestesstoornissen (psychosen exclusief borderline problematiek) en stemmingsstoornissen met uitgesproken op een geestesstoornis berustende kenmerken, dat wil zeggen met de aanduiding "psychotisch", dus met uitzondering van de aanduidingen "atypisch", of "ernst: licht, matig" van DSM IV;
- d. de ziekte of arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische operaties en medische behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
- e. de ziekte of arbeidsongeschiktheid het gevolg is van rugklachten en aanverwante aandoeningen, tenzij verzekerde aantoonbaar het overleggen van radiologisch en/ of medisch bewijs van afwijking dat de aandoening de oorzaak is van de ziekte of arbeidsongeschiktheid;
- f. de ziekte of arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ziekte of een ongeval waarvoor verzekerde zich in de periode van 12 maanden voor de totstandkoming van deze verzekering onder behandeling van een medicus heeft gesteld of had moeten stellen;
- g. de ziekte of arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ziekte of ongeval waarvoor de maatschappij het maximaal aantal uitkeringen, zoals vermeld in artikel 12, heeft gedaan.

Bijzondere Voorwaarden werkloosheid

Artikel 16 Verzekerde dekking

Gedurende de looptijd van de verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt de maatschappij het risico van onvrijwillige werkloosheid van verzekerde dat een direct gevolg is van een onvrijwillig ontslag door een werkgever, waar verzekerde voorafgaande aan deze werkloosheid, tenminste 18 uur per week, op basis van een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur minstens 12 maanden in dienst was, en waarvoor verzekerde een volledige werkloosheids- (of daaraan gelijkgestelde) uitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt, mits verzekerde voorafgaand aan het ontslag voor ten minste 18 uren per week actief en bezoldigd aan het arbeidsproces deelnam.

Artikel 17 Verzekeringsuitkering

Met inachtneming van het hieronder gestelde, zal de uitkering aan verzekerde geschieden.

1. De uitkering voor de onvrijwillige werkloosheid wordt gedaan aan het einde van de werkloosheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door de verzekerde maandlast te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden dat de werkloosheid na de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode heeft geduurd.
2. Indien de verzekerde direct aansluitend aan een periode van werkloosheid waarover de maatschappij een uitkering heeft gedaan, binnen 6 maanden waarin verzekerde bezoldigd werkzaam is geweest, wederom onvrijwillig werkloos wordt en een volledige

werkloosheids- (of daaraan gelijkgestelde) uitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt, wordt de uitkering krachtens deze verzekering voortgezet alsof er sprake is van een en dezelfde schade.

3. De uitkering zal zolang de werkloosheid voortduurt, voor elke volle maand van werkloosheid als voorschot op de in het eerste lid bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden.
4. Het aantal uitkeringen per polis per verzekerde is beperkt tot 12.

Artikel 18 Bijzondere verplichtingen bij schade

Naast de in artikel 7 van de Algemene Voorwaarden vermelde verplichtingen is verzekeringnemer respectievelijk verzekerde verplicht zijn onvrijwillige werkloosheid van verzekerde aan te tonen door middel van het overleggen van de door de uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken, die verzekerde ontvangt in verband met zijn werkloosheids- (of daaraan gelijkgestelde) uitkeringen. Deze stukken dienen voor elke periode van 30 achtereenvolgende dagen waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, te worden overgelegd. Voorts dient verzekerde een kopie van zijn arbeidsovereenkomst over te leggen.

Artikel 19 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene Voorwaarden en in artikel 5 vermelde uitsluitingen bestaat eveneens geen recht op uitkering indien:

- a. de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 12 maanden na de ingangsdatum van de verzekering heeft voorgedaan. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de maatschappij een nieuwe polis opmaakt naar aanleiding van een wijziging van de dekking direct aansluitend aan een zelfde verzekering;
- b. verzekerde op de ingangsdatum van de verzekering bekend was of redelijkerwijs bekend had kunnen zijn met zijn aanstaande werkloosheid;
- c. de werkloosheid een gevolg is van een structurele arbeidsonderbreking die inherent is aan het beroep van verzekerde (bijvoorbeeld seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet);
- d. blijkt dat verzekerde ten onrechte op het aanvraagformulier heeft verklaard dat hij of zij het beroep voor ten minste 18 uren per week bezoldigd en actief uitoefent en dat hij of zij in de 3 maanden voorafgaand aan de aanvraag van de verzekering in dienst was op basis van een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde duur;
- e. de werkloosheids- (of daaraan gelijkgestelde) uitkering door de uitkerende instantie wordt geschorst, gestaakt of ingehouden.

Bijzondere Voorwaarden ernstige aandoeningen

Artikel 20 Verzekerde dekking

Gedurende de looptijd van de verzekering en met inachtneming van de hierna genoemde voorwaarden dekt de maatschappij, indien de verzekerde als zelfstandig ondernemer geen aanspraak kan maken op een uitkering krachtens de Werkloosheidswet of vergelijkbare voorziening, het risico dat verzekerde aan een in artikel 1 onder het begrip ernstige aandoeningen lijdt, mits verzekerde op het moment van vaststelling van de ernstige aandoening actief aan het arbeidsproces deelnam.

Artikel 21 Verzekeringsuitkering

1. Het recht op uitkering ontstaat op het moment dat de diagnose van de ernstige aandoening door een huisarts of specialist is gesteld, mits het moment van vaststelling ligt na de ingangsdatum van de verzekering, de verzekerde ten minste 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 in de zin van deze Bijzondere Voorwaarden is verschuldigd vanaf het moment als bedoeld in lid 1 van dit artikel en bestaat uit een éénmalige uitkering van 12 maal de verzekerde maandlast en zal aan verzekerde geschieden.
 3. De maatschappij heeft het recht de gestelde diagnose in Nederland te verifiëren. De kosten van deze verificatie komen voor rekening van de de maatschappij.
 4. Indien de maatschappij een uitkering krachtens deze Bijzondere Voorwaarden heeft gedaan, vervallen de verplichtingen van de maatschappij om enige andere uitkering op grond van artikel 1 onder onder het begrip ernstige aandoeningen te doen. De dekking inzake ernstige aandoeningen eindigt derhalve op de eerste dag na de datum van vaststelling van de ernstige aandoening.

Artikel 22 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene Voorwaarden en in artikel 5 vermelde uitsluitingen bestaat eveneens geen recht op uitkering:

- a. indien blijkt dat verzekerde ten onrechte heeft verklaard dat hij of zij een goede gezondheid bezit en niet meer dan 30 al dan niet opeenvolgende dagen ziek of arbeidsongeschikt is geweest in de 12 maanden voorafgaand aan de aanvang van deze verzekering;
- b. indien de ernstige aandoening het gevolg is van een ziekte of een ongeval waarvoor verzekerde zich in de periode van 12 maanden voor de totstandkoming van deze verzekering onder behandeling van een medicus heeft gesteld of had moeten stellen;
- c. voor het plotseling ontstaan van tijdelijke neurologische uitvalsverschijnselen ten gevolge van circulatie stoornissen binnen of buiten de schedel, die weinig of geen restsymptomen nalaten (Transient ischaemic attack) of ten gevolge van circulatiestoornissen in het vaatstelsel in en om de wervels (Vertebro-basilaire insufficiëntie);
- d. voor alle huidkankers met uitzondering van histologisch bewezen uitzaaiing(en) van huidkankers;
- e. voor alle tumoren die histologisch zijn beschreven als vroeg kwaadaardig (pre-maligne) of die alleen vroeg kwaadaardige veranderingen vertonen, in aanleg kwaadaardige woeker gezwellen in de bovenste laag van de huid en slijmvliezen (carcinoma in situ), stadium 1 van de ziekte van Hodgkin en papillaire blaaskanker;
- f. voor een schadeclaim van verzekerde bij wie op enig moment, voordat de verzekering van kracht is geworden, de diagnose is gesteld van een ernstige aandoening, die de oorzaak is van de huidige schadeclaim;
- g. voor een schadeclaim die het direct of indirect gevolg is van een ernstige aandoening waarvoor verzekerde eerder is behandeld door een arts of waarvan hij of zij kennis droeg bij het aangaan van de verzekering of op de ingangsdatum van de verzekering;
- h. voor een schadeclaim die naar de mening van een specialist het direct of indirect gevolg is van het HIV-virus en/of enig ziektebeeld of gesteldheid van vergelijkbare aard waaronder AIDS;
- i. voor een ernstige aandoening welke intreedt binnen 90 dagen na de ingangsdatum van de verzekering.