

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Mij. N.V.

Ziekengeld Standaard Polis (calamiteitendekking)

Polisvoorwaarden

Polismantel 414-02

Wegwijzer

zie hoofdstuk

● Begripsomschrijvingen	1
● Omschrijving van de dekking	2
● Uitsluitingen	3
● Schade	4
● Betaling en terugbetaling van premie	5
● Herziening van tarieven en/of voorwaarden	6
● Wijziging van het risico	7
● Einde van de verzekering	8
● Aanvullende polisbepaling	9
● Nadere omschrijvingen	10
● Slotartikelen	11
● Aanvullende voorwaarden:	
– Verzuimmanagementpakket	12
– Dekking rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht	13

Algemene polisvoorwaarden

Hoofdstuk 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Maatschappij

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

1.2 Verzekeringnemer

De werkgever met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

1.3 Werknemer

Een ieder die in dienst van verzekeringnemer op basis van een arbeidsovereenkomst gedurende zekere tijd tegen loon arbeid verricht en in de loonboekhouding voor de afdracht van de loonbelasting staat vermeld. Niet als werknemer wordt beschouwd degene die op grond van de Regeling aanwijzing directeur-groootaandeelhouder zoals gepubliceerd in de Staatscourant 248 van 24 december 1997 als directeur-groootaandeelhouder wordt aangemerkt.

1.4 Verzekerd loon

Het op het polisblad omschreven loon waarvoor aan verzekeringnemer dekking wordt verleend.

1.5 Verzekerde som

Het verzekerd loon, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

1.6 Ziekte

De ongeschiktheid van de werknemer tot het verrichten van arbeid door ziekte of ongeval.

1.7 Loondoorbetalingsplicht

De verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek en hetgeen daaromtrent in de arbeidsovereenkomst is bepaald. Voor de toepassing van deze polis wordt de loondoorbetalingsplicht geacht betrekking te hebben op het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

1.8 Premiepercentage

De op het polisblad vermelde premie per € 100,- verzekerde som.

1.9 Eigen behoud

Het op het polisblad vermelde deel van de loondoorbetalingsplicht, uitgedrukt in een percentage van de verzekerde som, dat per verzekeringsjaar voor rekening van de verzekeringnemer blijft.

1.10 Arbo-dienst

Een gecertificeerde Arbo-dienst als bedoeld in de Arbeidsomstandighedenwet.

1.11 UWV

Het uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen dat conform de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen de werknemersverzekeringen uitvoert.

1.12 REA

Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten.

1.13 Keerpunt

Het reïntegratiebedrijf waarmee de maatschappij samenwerkt.

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 2.1 Omvang van de verzekering

De verzekering omvat

2.1.1 Uitkering bij loondoorbetalingsplicht

Een vergoeding van de loondoorbetalingsplicht indien en voorzover deze in een verzekeringsjaar het eigen behoud te boven gaat.

2.1.2 Verzuimmanagement

Verzuimmanagement zoals is bepaald in Hoofdstuk 12 Aanvullende voorwaarden, Verzuimmanagementpakket.

2.1.3 Rechtsbijstand

Rechtsbijstand indien verzekeringnemer in zijn hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken ter zake van zijn loondoorbetalingsplicht voor gedekte ziektegevallen, een en ander met inachtneming van hetgeen in Hoofdstuk 13 Aanvullende voorwaarden, Dekking Rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht is bepaald.

Artikel 2.2 Vaststelling van de omvang van de uitkering

a. De omvang van de uitkering wordt vastgesteld op het verschil van het totaal van de loondoorbetalingsplicht in een verzekeringsjaar en het eigen behoud.

b. Bij de berekening van het totaal van de verzekerde loondoorbetalingsplicht wordt per ziektegeval een termijn van maximaal 52 weken in aanmerking genomen. Deze termijn vangt aan op de eerste ziektedag. Als eerste ziektedag geldt de dag waarop de werknemer wegens ziekte geen arbeid heeft verricht of zijn arbeid wegens ziekte heeft gestaakt. Indien de eerste ziektedag valt op een zaterdag of zondag wordt uitgegaan van de maandag als eerste ziektedag. Bij de berekening van het tijdvak van 52 weken worden voorts perioden van ziekte samengeteld, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan vier weken opvolgen. Bij de vaststelling van de periode van vier weken blijven perioden waarin zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt genoten overeenkomstig de Wet arbeid en zorg buiten beschouwing. Voorts telt een week voor vijf dagen, waarbij de zaterdag en zondag buiten beschouwing blijven. Indien perioden van ziekte worden samengeteld volgens de Ziektewet, dan wordt als eerste ziektedag beschouwd de dag waarop de werknemer zich voor de eerste maal heeft ziek gemeld.

c. Loon dat meer bedraagt dan de op het polisblad vermelde maximum dekking per werknemer per jaar blijft bij deze berekening buiten beschouwing.

d. Het loon voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding wordt verminderd met de bedragen die verzekeringnemer op het doorbetaalde loon mocht inhouden vanwege aan de werknemer toekomstige uitkeringen of inkomsten uit arbeid.

e. Over dagen waarover slechts gedeeltelijk loon is doorbetaald dan wel als er sprake is van gedeeltelijke uitval door ziekte, wordt het loon voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding naar rato vastgesteld.

f. Bij de berekening van een eventuele schadevergoeding, wordt het deel van het loon dat voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding dat betrekking heeft op dagen waarop (gedeeltelijk) therapeutisch wordt gewerkt, doch in ieder geval na vier weken te rekenen vanaf de datum van de (gedeeltelijke) werkhervatting, buiten beschouwing gelaten.

g. De uitkering kan aan een maximum worden gebonden. Indien een maximumuitkering is overeengekomen wordt het maximum, uitgedrukt in eenheden van het eigen behoud, op het polisblad vermeld.

h. Indien de ziekte het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een ander wettelijk aansprakelijk is en de kosten van loondoorbetaling door verzekeringnemer op die ander kunnen worden verhaald, bestaat slechts recht op uitkering voorzover het totale bedrag van de verzekerde loondoorbetalingsplicht in een verzekeringsjaar, vermindert met het bedrag dat is verhaald of zou kunnen worden verhaald, het bedrag van het eigen behoud overtreft. In deze situatie wordt het krachtens het regresrecht te verhalen bedrag door de maatschappij uit service als voorschot aan verzekeringnemer betaald. Nadat van de zijde van SRK Rechtsbijstand de maatschappij is geïnformeerd over het resultaat van de regresactie wordt het reeds verstrekte voorschot met het door SRK Rechtsbijstand verhaalde bedrag verrekend, uiteraard alleen voor dat gedeelte waarop door de maatschappij een voorschot heeft plaats gevonden. Indien de maatschappij van SRK Rechtsbijstand verneemt dat verhaal niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is gebleken, zal de maatschappij alsnog tot definitieve vaststelling van een eventuele uitkering krachtens deze verzekering overgaan. Eventueel teveel betaalde voorschotten zullen van verzekeringnemer worden teruggevorderd.

Artikel 2.3 Overlijdensuitkering

Bij de vaststelling van het totaal van de loondoorbetalingsplicht wordt bij overlijden van een werknemer de uitkering aan nagelaten betrekkingen conform de verplichting van verzekeringnemer, gebaseerd op het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon, gedurende de in het Burgelijk Wetboek bepaalde periode of, indien bij (collectieve) arbeidsovereenkomst een langere periode is overeengekomen, gedurende maximaal de periode vanaf de dag van overlijden tot en met de laatste dag van de tweede maand na die waarin het overlijden plaatsvond, één en ander indien en voorzover het overeengekomen eigen behoud hiermee wordt overschreden.

Hoofdstuk 3 Uitsluitingen

Deze verzekering biedt geen dekking voor de loondoorbetalingsplicht:

3.1 Atoom/molest

Bij ziekte hetzij direct, hetzij indirect veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties en molest, zoals vermeld in Hoofdstuk 10 Nadere omschrijvingen.

3.2 Opzet/grove schuld

Bij ziekte veroorzaakt door opzet of grove schuld van verzekeringnemer en/of bij ziekte veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

3.3 Fraude

Indien verzekeringnemer met betrekking tot de ziekte van zijn werknemer en/of de loondoorbetaling opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet.

3.4 Ziek bij aanvang van de verzekering

Voor werknemers waarvan de eerste ziektedag is gelegen voor de datum waarop de verzekering is ingegaan.

3.5 Aanspraken uit Ziektewet

Indien aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering krachtens de Ziektewet of de overlijdensuitkering op grond van de Ziektewet.

3.6 Aanspraken uit de Wet arbeid en zorg

- Indien krachtens de Wet arbeid en zorg recht bestaat op een uitkering in verband met zwangerschap en bevalling.
- Gedurende de periode van verlof uit hoofde van de Wet arbeid en zorg.

3.7 Verlengde loondoorbetaling

Indien de loondoorbetalingsplicht van verzekeringnemer is verlengd omdat niet is voldaan aan enige uit de Wet verbetering poortwachter voortvloeiende verplichting.

3.8 Situationele arbeidsongeschiktheid

In het geval dat de werknemer niet bereid is de overeengekomen arbeid te verrichten, waartoe hij door de arbo-arts in staat wordt geacht, dan wel indien verzekeringnemer de werknemer niet in staat stelt de overeengekomen arbeid te verrichten.

3.9 Leeftijd

Vanaf eerste dag van de maand waarin de werknemer de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

3.10 Detentie

Gedurende de periode dat de werknemer gedurende tenminste één maand rechtens van zijn vrijheid is beroofd.

3.11 Faillissement e.d.

Op en na de dag waarop verzekeringnemer of diens rechtsoptvolger in staat van faillissement is verklaard, indien de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op verzekeringnemer van toepassing is, de bedrijfsactiviteiten feitelijk zijn gestaakt, of indien verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren dat deze niet meer zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen in het kader van loondoorbetalingsplicht bij arbeidsongeschiktheid, zoals omschreven in artikel 629 Burgerlijk Wetboek.

3.12 Te late melding

- Voor ziektedagen gelegen vóór de datum van ziekmelding bij de Arbo-dienst, indien die melding niet binnen de termijn conform artikel 4.1.c. heeft plaatsgevonden.
- Over perioden waarover verzekeringnemer gehouden is tot loondoorbetaling vanwege een te late melding bij het UWV.

Hoofdstuk 4 Schade

Artikel 4.1 Verplichtingen van verzekeringnemer

Verzekeringnemer dient op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis aan de hierna genoemde verplichtingen te voldoen:

- a. Zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 90 dagen na afloop van ieder verzekeringsjaar, de maatschappij opgave te verstrekken door middel van het door de maatschappij voorgeschreven formulier van het totaal verzekerd loon dat op grond van de verzekerde loondoorbetalingsplicht over het afgelopen verzekeringsjaar is uitbetaald, hieronder niet begrepen aanspraken uit wettelijke maatregelen. Tevens dienen verhaalsmogelijkheden te worden aangegeven. Ten behoeve van de berekening van de omvang van de eventuele schadevergoeding dient daarbij een bewijs van het over de periode van ziekte betaalde loon te worden gevoegd.
- b. Eens per kalenderkwartaal een opgave van de Arbo-dienst te verstrekken overeenkomstig een door de maatschappij vastgesteld model waaruit de omvang van de arbeidsongeschiktheid en de duur van de ziekte per werknemer valt op te maken. In plaats van vorenvermelde opgave kan verzekeringnemer ook de Arbo-dienst machtigen de verlangde gegevens rechtstreeks aan de maatschappij te verstrekken.
- c. Een adequaat controle- en verzuimbeleid te voeren, hetgeen de volgende verplichtingen omvat:
 - iedere zieke medewerker uiterlijk op de zevende dag van ziekte bij de Arbo-dienst te melden;
 - bij toe- of afname van arbeidsongeschiktheid van de zieke werknemer de Arbo-dienst hiervan binnen twee dagen op de hoogte te brengen.

Bij te verwachten langdurig verzuim conform wet en regelgeving:

- zo tijdig mogelijk maatregelen te treffen om de werknemer in staat te stellen te reïntegreren in eigen dan wel andere passende arbeid;
 - tijdig een plan van aanpak op te stellen en hieraan uitvoering te geven;
 - een reïntegratiedossier aan te leggen en bij te houden;
 - periodiek de voortgang van de reïntegratie-activiteiten met de werknemer te evalueren;
 - tijdig een reïntegratieverslag op te stellen ten behoeve van de WAO aanvraag;
 - de verzekeraar desgevraagd op de hoogte te stellen van de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak.
- d. Met de Arbo-dienst overeen te komen dat de dienstverlening minimaal omvat dat:
- registratie van verzuimgegevens en verstrekking van de verzuimgegevens aan de maatschappij plaatsvindt;
 - de werknemer uiterlijk in de 3^e week na de eerste ziektedag het spreekuur van de Arbo-dienst bezoekt. Dit bezoek mag worden vervangen door een telefonische controle, zogenaamde eigen verklaring of bezoek van een controleur;
 - uiterlijk binnen vier weken na de eerste ziektedag medische controle plaatsvindt;
 - tussen 4 en 6 weken zowel de werkgever als de

werknemer worden geïnformeerd over hun uit de Wet verbetering poortwachter voortvloeiende rechten en plichten;

- uiterlijk zes weken na de eerste ziektedag een probleem-analyse wordt opgesteld, waarin wordt geadviseerd welke maatregelen kunnen worden getroffen ter bespoediging van herstel en werkhervatting.
- e. Verzekeringnemer dient tijdig een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) op te (laten) stellen. Indien de maatschappij dit verlangt, zal verzekeringnemer de maatschappij inzage geven in het contract met de Arbo-dienst en in de op grond van de Arbeidsomstandighedenwet opgestelde risico-inventarisatie- en evaluatie.
- f. De aanwijzingen van de maatschappij stipt op te volgen.
- g. Zijn volle medewerking aan alle controles te geven, waaronder een onderzoek door een arbeidsdeskundige van de maatschappij, en zich te onthouden van alles wat de belangen van de maatschappij zou kunnen schaden.
- h. Bij ziekte ontstaan als gevolg van een onrechtmatige daad van een wettelijk aansprakelijke derde onmiddellijk de benodigde actie voor het instellen van verhaal te ondernemen.

Artikel 4.2 Betaling

De uitbetaling van de uitkering geschiedt na afloop van ieder verzekeringsjaar, zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle noodzakelijke gegevens.

Artikel 4.3 Vervaltermijn

Indien de maatschappij een (aanbod van) betaling heeft gedaan bij wijze van finale afdoening of een aanspraak op vergoeding definitief heeft afgewezen, dan kan verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen een jaar nadat hij hiervan op de hoogte is gesteld. Na dit jaar vervalt dit recht ter zake van die schade.

Hoofdstuk 5 Premie

Artikel 5.1 Betaling

Verzekeringnemer dient de premie uiterlijk binnen 30 dagen na de premievervaldag aan de maatschappij te voldoen.

De verzekering is niet van kracht voor de loondoorbetalingsplicht:

- a. na de premievervaldag indien de hierboven vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en kosten zijn betaald;
 - b. indien verzekeringnemer weigert de premie en kosten te voldoen.
- Nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig.
- Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen.

De verzekering wordt weer van kracht voor de loondoorbetalingsplicht na de dag, waarop de premie en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen. Indien met de maatschappij premiebetaling in termijnen is

overeengekomen, wordt de verzekering weer van kracht voor de loondoorbetalingsplicht na de dag, waarop alle onbetaald gebleven premies over de reeds verstreken termijnen, inclusief kosten, door de maatschappij zijn ontvangen.

Artikel 5.2 Terugbetaling

Bij het eindigen van de verzekering heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de periode waarvoor de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten. Terugbetaling van premie vindt niet plaats ingeval van beëindiging wegens fusie of overname op verzoek van verzekeringnemer of diens rechtsopvolger.

Artikel 5.3 Premievaststelling en naverrekening

a. De op het polisblad vermelde premie is een voorschotpremie. Bij de aanvang van de verzekering wordt de voorschotpremie gebaseerd op de gegevens die verzekeringnemer voorafgaand aan de ingangsdatum heeft verstrekt. Aan het begin van ieder verzekeringsjaar zal de voorschotpremie voor dat jaar worden berekend aan de hand van de verzekerde som over het afgelopen verzekeringsjaar. Zolang geen nieuwe voorschotpremie is vastgesteld dient verzekeringnemer bij prolongatie de voorschotpremie van het afgelopen verzekeringsjaar te betalen, die zal worden verrekend met de nieuwe voorschotpremie zodra deze is vastgesteld.

b. Na ontvangst van de in artikel 5.4 bedoelde opgave wordt de definitieve premie en het eigen behoud over het voorafgaande verzekeringsjaar vastgesteld aan de hand van de feitelijke verzekerde som over dat jaar. De definitieve premie wordt verrekend met de in dat verzekeringsjaar betaalde voorschotpremie.

Artikel 5.4 Jaarlijkse bijstelling van het premiepercentage

Het op het polisblad vermelde premiepercentage alsmede het eigen behoud kunnen jaarlijks worden bijgesteld, mede op basis van de gerealiseerde verzuimcijfers over de afgelopen drie kalenderjaren en de samenstelling van het personeelsbestand.

Verzekeringnemer is verplicht zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 90 dagen na het verstrijken van het verzekeringsjaar een opgave te verstrekken van:

- a.** het totale bedrag van het verzekerd loon over het afgelopen verzekeringsjaar, alsmede een nadere specificatie daarvan door middel van overlegging van de (verzamel)loonstaat;
- b.** de samenstelling van het personeelsbestand aan het begin van het nieuwe verzekeringsjaar alsmede een raming van het verzekerd loon voor dat jaar.

Verzekeringnemer is verplicht desverlangd de hierboven bedoelde verklaring te laten controleren door een Registeraccountant of accountant administratieconsulent en de uitslag daarvan aan de maatschappij toe te zenden.

De verzekering is niet van kracht voor de loondoorbetalingsplicht in het nieuwe verzekeringsjaar indien de hierboven vermelde termijn van 90 dagen is verstreken zonder dat de verlangde gegevens zijn verstrekt. De verzekering wordt weer van kracht de dag

nadat alle benodigde gegevens door de maatschappij zijn ontvangen.

Als de jaarlijkse bijstelling ertoe leidt dat de som van premiepercentage en eigen behoud ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar met meer dan 25% toeneemt, heeft verzekeringnemer het recht een dergelijke verhoging te weigeren.

Wenst verzekeringnemer van dit recht gebruik te maken, dan dient hij de maatschappij daarvan binnen één maand na de aangekondigde bijstelling van het premiepercentage en eigen behoud, schriftelijk kennis te geven.

De verzekering eindigt dan op de eerste dag van de tweede maand na ontvangst van deze kennisgeving aan de maatschappij en wordt gedurende de resterende looptijd van de verzekering, voortgezet tegen 125% van de som van het laatst geldende premiepercentage en eigen behoud.

Hoofdstuk 6 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 6.1 Herziening

De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo'n groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum.

Artikel 6.2 Recht van weigering

Verzekeringnemer wordt vooraf van de wijziging in kennis gesteld en geacht hiermee uitdrukkelijk in te stemmen. Indien hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn uitdrukkelijk het tegendeel heeft bericht, vervalt de verzekering per de datum waarop de wijziging van kracht zal worden.

De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking maar geen verhoging van de premie inhoudt;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit een jaarlijkse premieaanpassing als bedoeld in artikel 5.4, tenzij de verhoging het vooraf overeengekomen maximumpercentage overschrijdt.

Hoofdstuk 7 Wijzigingen van het risico

Artikel 7.1 Risicowijziging

Verzekeringnemer is op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis verplicht zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen een termijn van twee maanden, de maatschappij schriftelijk ervan in kennis te stellen zodra één van de hierna genoemde omstandigheden zich voordoet of zal gaan voordoen:

a. Risicowijzigingen binnen het bedrijf of de bedrijfstak van verzekeringnemer die van wezenlijke invloed kunnen zijn op het gemiddelde ziekteverzuim.

b. Wijzigingen in de omvang van het personeel als gevolg van een fusie of overname.

c. Het verkeren in staat van faillissement, indien de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op verzekeringnemer van toepassing is, de bedrijfsactiviteiten feitelijk zijn gestaakt, of indien verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren dat deze niet meer zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen in het kader van loondoorbetalingsplicht bij arbeidsongeschiktheid, zoals omschreven in artikel 629 Burgerlijk Wetboek.

d. Het aantal werknemers daalt beneden de 25.

Artikel 7.2 Voortzetting na risicowijziging

a. De verzekering wordt op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voortgezet, tenzij de maatschappij binnen twee maanden na ontvangst van de kennisgeving van de risicowijziging aan verzekeringnemer bericht gebruik te maken van haar recht de verzekering niet of niet op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voort te zetten.

b. De verzekering eindigt dan een maand na de mededeling hiervan door de maatschappij. In het geval van tussentijdse beëindiging wordt het eigen behoud naar rato vastgesteld en vindt vergoeding van de loondoorbetaling uitsluitend plaats over de verzekerde periode.

Zolang de verzekering niet is geëindigd, alsmede zolang voortzetting niet is overeengekomen, blijft deze ongewijzigd van kracht.

Artikel 7.3 Opschorting na risicowijziging

a. Verzuimt verzekeringnemer tijdig aan de maatschappij kennis te geven van de risicowijziging, dan wordt onmiddellijk na het verstrijken van de daarin genoemde termijn van twee maanden de dekking opgeschort, tenzij deze ook na kennisgeving op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde of lagere premie zou zijn voortgezet. Verzekeringnemer blijft ook in geval van opschorting verplicht de premie en kosten te voldoen.

Indien de maatschappij de verzekering zou hebben voortgezet op andere voorwaarden en/of tegen een hogere premie, dan wordt de dekking hiervoor van kracht onmiddellijk nadat partijen voortzetting op nieuwe voorwaarden en/of tegen gewijzigde premie zijn overeengekomen.

b. Voor ziekte tijdens de periode dat de dekking is opgeschort, zal, op voorwaarde dat voortzetting alsnog is overeengekomen, worden gehandeld alsof de dekking volgens de nieuwe voorwaarden reeds ten tijde van de ziekte van kracht was; de eventuele uitkering zal echter worden berekend in dezelfde verhouding als de voor de opschorting geldende premie staat tot de na de aanpassing geldende premie als die hoger is.

Het in dit hoofdstuk bepaalde kan niet tot verlenging van de verzekering of tot beperking van de mogelijkheid tot beëindiging uit andere hoofde leiden.

Hoofdstuk 8 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt zoals hieronder nader is bepaald:

Artikel 8.1 Algemene opzegging

8.1.1 Opzegging

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde periode en wordt telkens voor de op het polisblad vermelde periode stilzwijgend verlengd, tenzij verzekeringnemer of de maatschappij de verzekering heeft opgezegd. De opzegging dient schriftelijk te geschieden met inachtneming van een termijn van tenminste twee maanden.

Artikel 8.2 Opzegging door verzekeringnemer

8.2.1 Weigering aanpassing premiepercentage en eigen behoud

Door weigering door verzekeringnemer van een verhoging van de som van het premiepercentage en het eigen behoud van meer dan 25% ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar conform het bepaalde in artikel 5.4.

8.2.2 Beëindiging na fusie of bedrijfsovername

Indien verzekeringnemer of diens rechtsopvolger te kennen heeft gegeven de verzekering na fusie of bedrijfsovername niet te willen voortzetten. In dit geval dient de fusie of bedrijfsovername te worden aangetoond met schriftelijke bewijsstukken waaruit de plaatsgevonden fusie of bedrijfsovername blijkt.

8.2.3 Weigering aanpassing tarieven / voorwaarden

Door weigering door verzekeringnemer de aanpassing aan nieuwe tarieven en/of voorwaarden te aanvaarden, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk Herziening van tarieven en/of voorwaarden.

Artikel 8.3 Opzegging door de maatschappij

8.3.1 Risicowijziging

Bij gebruikmaking door de maatschappij van het recht de verzekering na risicowijziging niet voort te zetten, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk Wijziging van het risico.

8.3.2 Fraude

Bij opzegging van de verzekering door de maatschappij indien verzekeringnemer met betrekking tot ziekte van zijn werknemer opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware/onjuiste opgave doet, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en daarbij een termijn van ten minste twee weken in acht wordt genomen.

8.3.3 Niet betalen van de premie

Op een door de maatschappij te bepalen tijdstip indien verzekeringnemer ondanks herhaalde pogingen in gebreke blijft de premie te voldoen.

8.3.4 Achterwege blijven gegevensverstrekking

Gedurende de periode dat de verzekering geen dekking biedt wegens het achterwege blijven van de gegevensverstrekking als bedoeld in artikel 5.4. De maatschappij is dan bevoegd de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 8.4 Andere wijze van beëindiging

8.4.1 Einde verzekerd belang

Zodra het belang voor verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan door bedrijfsbeëindiging. De verzekering eindigt in dat geval per de datum van de bedrijfsbeëindiging.

Hiertoe dient een bewijs van uitschrijving door de Kamer van Koophandel te worden overlegd.

8.4.2 Faillissement

Ingeval van faillissement vindt per de datum van faillissement beëindiging van de verzekering plaats.

8.4.3 Blijvend zonder personeel

Zodra het belang voor de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan omdat het bedrijf niet langer werknemers in dienst heeft. In dat geval eindigt de verzekering per de datum van ontslag van de laatste werknemer. Hiertoe dient een bewijs van afmelding bij de uitvoeringsinstelling te worden overlegd.

8.4.4 Tijdelijk zonder personeel

Ingeval verzekeringnemer tijdelijk geen werknemers in dienst heeft, kan de verzekering worden opgeschort voor een periode van maximaal zes maanden, zonder dat tussentijds recht ontstaat op teruggaaf van reeds betaalde voorschotpremie. Worden binnen zes maanden opnieuw werknemers aangenomen, dan wordt de dekking in kracht hersteld.

Hoofdstuk 9 Aanvullende polisbepaling

Grondslag van de verzekering

De door of namens verzekeringnemer aan de maatschappij verstrekte informatie alsmede de gegevens zoals die blijken uit het offerteaanvraagformulier, vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Indien de verstrekte informatie en gegevens in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede ingeval van verzwijging als bedoeld in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel, heeft de maatschappij het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de vernietigbaarheid van de polis te beroepen.

Hoofdstuk 10 Nadere omschrijvingen

Atoomkernreacties

a. Hieronder te verstaan atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.

b. De uitsluiting terzake van atoomkernreacties geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve 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 radio-actieve 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.

c. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, is het onder b. vermelde niet van toepassing.

Molest

Onder molest wordt verstaan een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij.

De maatschappij dient te bewijzen, dat de schade direct veroorzaakt is door of ontstaan is uit een van de in de vorige alinea genoemde oorzaken.

Noot.- De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponeerd.

Hoofdstuk 11 Slotartikelen

11.1 Persoonsregistratie

De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacy-reglement van toepassing.

Deze registratie is bij de Registratiekamer aangemeld. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder bij de maatschappij ter inzage.

Persoonsgegevens van de werknemers van de verzekeringnemer zullen uitsluitend worden gebruikt voor de berekening van de verschuldigde premie en te verstrekken uitkeringen op grond van deze verzekering.

11.2 Toepasselijk Recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

11.3 Klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze overeenkomst kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan de directie van Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

Wanneer het oordeel van de verzekeraar niet bevredigend is, kan verzekeringnemer zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag (telefoon 070-3338999).

Wanneer verzekeringnemer geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend is, kan het geschil worden voorgelegd aan een hiertoe bevoegde rechter.

Aanvullende voorwaarden

Hoofdstuk 12

Verzuimmanagementpakket

De maatschappij biedt voor ziektegevallen waarvoor onder de ziekteverzekering dekking bestaat en zijn ontstaan op of na 1 april 2002 verzekeringnemer en diens werknemer via Keerpunt ondersteuning bij reïntegratie en/of indien de werknemer recht heeft op een persoonsgebonden budget. Deze ondersteuning bestaat uit de volgende onderdelen:

12.1 Informatie en advies

Verzekeringnemer en diens werknemer kunnen bij Keerpunt kosteloos informatie en advies verkrijgen met betrekking tot vragen die verband houden met verzuimbeheersing en reïntegratie, gedurende maximaal dertig minuten per vraagstelling.

12.2 Uitvoering plan van aanpak

a. Verzekeringnemer en diens werknemer kunnen voor de uitvoering van het plan van aanpak een beroep doen op Keerpunt. De uitvoering van het plan van aanpak door Keerpunt omvat het selecteren en contracteren van de juiste dienstverleners voor de uitvoering van de in het plan van aanpak opgenomen interventies, eventuele bemiddeling bij wachtlijstproblemen en bemiddeling bij het krijgen van financiële vergoeding uit hoofde van wettelijke subsidieregelingen en private verzekeringen. De hieraan verbonden kosten komen voor rekening van de maatschappij, mits zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen zes maanden na de eerste ziekte dag, Keerpunt wordt ingeschakeld voor de uitvoering van het opgestelde plan van aanpak. Dit recht bestaat niet indien het gaat om uitvoering van een plan van aanpak gericht op reïntegratie bij een andere werkgever.

b. Keerpunt kan de uitvoering van het plan van aanpak weigeren indien naar het oordeel van Keerpunt geen wezenlijke bijdrage wordt geleverd aan verkorting van de verzuimduur.

12.3 Bijdragen in kosten interventies

Indien een in het plan van aanpak opgenomen interventie een wezenlijke bijdrage levert aan bekorting aan de verzuimduur kan aan verzekeringnemer een vergoeding worden toegekend voor de kosten daarvan. De hoogte van de vergoeding wordt afgestemd op de te verwachten besparing voor de maatschappij en de mogelijke bijdragen uit wettelijke subsidieregelingen of andere private verzekeringen van verzekeringnemer dan wel diens werknemer.

De vergoeding dient bij Keerpunt te worden aangevraagd voordat de interventie heeft plaatsgevonden.

12.4 Borgstelling en voorschotverlening subsidie voor reïntegratie-activiteiten op grond van de Wet REA

a. Verzekeringnemer kan Keerpunt verzoeken contact met de maatschappij op te nemen voor het verkrijgen van een voorschot op de aangevraagde subsidie voor reïntegratie-activiteiten op grond van artikel 16 van de Wet REA, indien sprake is van een urgente interventie en de financiering van de kosten voor verzekeringnemer op onoverkomelijke bezwaren stuit. De bedoelde subsidie wordt door het UWV verstrekt voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing binnen het eigen bedrijf.

b. Verleende voorschotten worden verrekend met verzekeringnemer zodra de beslissing omtrent de financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA door het UWV is genomen.

c. In die gevallen waarin toekenning van een subsidie voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing binnen het eigen bedrijf op grond van artikel 16 van de Wet REA voor een interventie naar het oordeel van Keerpunt in redelijkheid is te verwachten, kan Keerpunt namens de maatschappij borg staan voor de betaling van de te verwachten subsidie of van een deel daarvan. Indien het UWV geen subsidie toekent, zal in dat geval door Keerpunt het begrote bedrag worden verstrekt ten laste van de maatschappij.

d. Voorschotverlening zoals bedoeld in lid a. van dit artikel en/of borgstelling als bedoeld in lid c. van dit artikel vindt niet plaats ten aanzien van subsidie voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing buiten het eigen bedrijf op grond van artikel 15 van de Wet REA.

Hoofdstuk 13 Dekking Rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht

13.1 Overdracht SRK Rechtsbijstand

De maatschappij heeft de uitvoering van deze rechtsbijstanddekking overgedragen aan: SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingskantoor voor Rechtsbijstandverzekering), bezoekadres : Europaweg 151, Zoetermeer
postadres : Postbus 3020, 2700 LA Zoetermeer
telefoon : 079-3448181
telefax : 079-3427990

De maatschappij garandeert nakoming door het SRK van de in de voorwaarden genoemde verplichtingen.

13.2 Begripsomschrijvingen

a. Rechtsens bevoegde deskundige: een terzake kundige, die krachtens toepasselijke regels inzake procesbevoegdheid in de gerechtelijke procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.

b. Expert: een erkende deskundige op het gebied van bijvoorbeeld auto, medische-, technische-expertise en andere gebieden, die ter ondersteuning van een zaak rapport uitbrengt.

c. Mediator: een bemiddelaar bij conflictoplossing die aangesloten is bij het Nederlands Mediation Instituut (NMI)

13.3 Gebeurtenis en behoefte aan rechtsbijstand

a. Onder gebeurtenis wordt verstaan het voorval dat aanleiding is voor een juridisch geschil waardoor voor verzekeringnemer behoefte aan rechtsbijstand ontstaat. Een juridisch geschil wordt geacht te zijn ontstaan op het moment dat voor het eerst een belangentegenstelling met de wederpartij bestaat.

b. Indien sprake is van met elkaar samenhangende gebeurtenissen, is het tijdstip van de eerste gebeurtenis in die reeks bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.

c. De gebeurtenis en de daaruit voortvloeiende behoefte aan rechtsbijstand moet zich hebben voorgedaan gedurende de looptijd van de verzekering en buiten de wachtermijn voorzover deze van toepassing is.

d. Er kunnen geen rechten aan de verzekering worden ontleend indien verzekeringnemer een gebeurtenis aanmeldt:

- die bij het tot stand komen van de verzekering te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest;
 - meer dan twaalf maanden na het plaatsvinden daarvan, doch nooit meer dan 6 maanden na beëindiging van de verzekering.
- e.** Indien ter zake van een gebeurtenis geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend, zijn ook de hieruit voortvloeiende en/of daarmee samenhangende juridische geschillen uitgesloten van dekking.

13.4 Omvang van de dekking

a. Omschrijving van de dekking

Gedekt is het verlenen van rechtsbijstand indien verzekeringnemer in hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken terzake loondoorbetalingsplicht in de zin van deze polis. Beperkt het geschil tussen verzekeringnemer en werknemer zich niet tot de hier bedoelde loondoorbetalingsplicht dan heeft verzekeringnemer alleen recht op de onder 13.4.b genoemde juridische adviesbijstand.

b. Juridische adviezen

Het SRK verstrekt desgevraagd eenmalig juridisch advies aan verzekeringnemer voor juridische geschillen tussen verzekeringnemer en een werknemer over het ziekteverzuim van de werknemer en/of het recht op loondoorbetaling. Dit advies betreft het beoordelen van de juridische positie van de verzekeringnemer en de mogelijke oplossing van het geschil op basis van de door hem schriftelijk verstrekte gegevens.

c. Kosten van rechtsbijstand

- de kosten verbonden aan het geven van juridisch advies en behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.
- voor de te maken externe kosten als genoemd onder 13.4.d geldt een dekkingssom van maximaal € 5.000,00 per gebeurtenis.

d. Vergoed worden:

- de honoraria en de verschotten van de overeenkomstig deze voorwaarden ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige en expert;
- de kosten van de overeenkomstig deze voorwaarden ingeschakelde mediator, echter alleen voor wat betreft het aandeel daarin, voorzover dit niet meer bedraagt dan 50% van de totale kosten, van verzekeringnemer;
- de proces- en gerechtskosten, de kosten van arbitrage of de kosten van bindend advies; hieronder zijn niet begrepen afkoopsommen, boetes en andere bij wijze van straf opgelegde maatregelen;
- de kosten van getuigen in een gerechtelijke procedure en administratieve procedure voorzover door een rechter toegewezen;
- indien verzekeringnemer de BTW kan verrekenen met de door hem verschuldigde BTW-afdrachten, komt die BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking;
- de proceskosten van de tegenpartij, waaronder de buitengerechtelijke kosten begrepen, waartoe verzekeringnemer in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de redelijke kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis, gedurende maximaal vijf jaar na de datum waarop het vonnis is gewezen.

13.5 Onderlinge geschillen/Belangenconflict

Er is sprake van een belangenconflict als blijkt dat beide

partijen zich als verzekeringnemer/verzekerde tot het SRK wenden en beiden aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand door het SRK. Dan geldt:

- dat in een geschil tussen twee of meer verzekeringnemers op één polis geen rechten aan de verzekering kunnen worden ontleend;
- dat in een geschil op twee verschillende polissen beide verzekeringnemers/verzekerden het recht hebben hun belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, zoals geregeld in artikel 13.8.d van deze voorwaarden, te laten behartigen. Het SRK doet hiervan mededeling aan beide verzekeringnemers/verzekerden.

13.6 Uitsluitingen

Het SRK is niet tot het verlenen van rechtsbijstand verplicht, indien:

- Verzekeringnemer handelt in strijd met de polisvoorwaarden en daardoor de belangen van de maatschappij en/of het SRK schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake, als de zaak zo laat is aangemeld, dat het SRK niet meer in staat is zelf de rechtsbijstand te verlenen of dit alleen maar met extra inspanning of met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen doen.
- Verzekeringnemer zonder toestemming van het SRK een advocaat, andere rechtens bevoegde deskundige, mediator of een expert inschakelt.
- Verzekeringnemer bij een beroep op deze polis een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden.
- Verzekeringnemer rechten kan ontleen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand, het geven van juridische adviezen of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand en verzekeringnemer die andere verzekering reeds heeft ingeschakeld.

13.7 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van de verzekeringnemer

- Indien een gebeurtenis plaatsvindt waarbij de verzekeringnemer rechten aan deze voorwaarden wil ontleen, is hij verplicht de gebeurtenis zo spoedig mogelijk te melden bij het SRK onder vermelding van alle gegevens, alle feiten en alle omstandigheden die tot de gebeurtenis hebben geleid. Dit teneinde het SRK in een zo vroeg mogelijk stadium in staat te stellen de noodzakelijke rechtsbijstand te verlenen.
- De verzekeringnemer die een beroep op deze voorwaarden doet, verleent alle medewerking die gevraagd wordt door het SRK of de door het SRK ingeschakelde externe deskundigen.
- De verzekeringnemer is verplicht het SRK op de hoogte te (blijven) houden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak en volle medewerking te (blijven) verlenen bij de uitvoering van de polis.
- Door de gebeurtenis aan te melden machtigt de verzekeringnemer het SRK, onder uitsluiting van ieder ander, tot het - zowel in als buiten rechte - behartigen van zijn belangen.

13.8 Verlenen van rechtsbijstand

- Het SRK behandelt de aangemelde zaken door de eigen medewerkers, waaronder mede begrepen advocaten die in

dienstbetrekking staan tot het SRK. Het SRK zal daarbij altijd, voorzover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne nastreven;

b. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden zal het SRK, voorzover mogelijk zelf, de rechtsbijstand verlenen;

c. Het SRK zal de rechtsbijstand (blijven) verlenen voorzover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien succes in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd meedelen aan verzekeringnemer;

d. Indien ingevolge de polisvoorwaarden of naar de mening van het SRK een zaak aan een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige buiten het SRK uitbesteed moet worden, zal verzekeringnemer worden bijgestaan door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van eigen keuze die in overleg met het SRK moet worden aangesteld. Alleen SRK heeft de bevoegdheid om namens verzekeringnemer de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te geven. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of aldaar rechtens zijn toegelaten.

e. Indien het SRK van mening is dat het financieel belang van de verzekeringnemer de te maken kosten niet rechtvaardigt, is het SRK gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, de verzekeringnemer een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang. De rechten die ter zake deze gebeurtenis voor de verzekeringnemer voortvloeien uit deze voorwaarden, komen na de betaling van het bedrag te vervallen (afkoop).

13.9 Geschillen over de behandeling door het SRK

13.9.1 Gedragslijn bij verschil van mening tussen SRK en verzekeringnemer over de regeling van het geschil waarvoor een beroep op deze verzekering is gedaan. De verzekeringnemer kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat ingevolge artikel 13.8.a van deze voorwaarden geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak. De verzekeringnemer dient in dat geval in een brief aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij het niet eens is met het SRK.

De geschillenregeling omvat het volgende:

a. het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat, voorzover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is. De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekeringnemer.

b. de verzekeringnemer heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze. Indien de verzekeringnemer geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met de verzekeringnemer welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen.

c. het SRK draagt de zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen.

d. Het uitgebrachte advies is voor het SRK bindend.

e. het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies.

f. deelt de advocaat de mening van verzekeringnemer, dan kan het SRK de zaak volgens het uitgebrachte advies verder behandelen. Behandelt het SRK verder niet zelf, dan heeft de verzekeringnemer de vrije keuze wie de zaak verder volgens het uitgebrachte advies zal behandelen. De in het kader van deze geschillenregeling ingeschakelde advocaat of een kantoorgenoot van hem mag de zaak verder niet behandelen. Het SRK verstrekt voor de verdere behandeling schriftelijk opdracht.

g. deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan de verzekeringnemer de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak - die verzekeringnemer verplicht is binnen een maand nadat uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden - blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 13.4.c en 13.4.d van deze voorwaarden, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden.

h. de verzekeringnemer kan geen beroep doen op de geschillenregeling als met goedkeuring van verzekeringnemer door het SRK reeds een advocaat, voorzover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, of andere rechtens bevoegde deskundige, is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak of een advocaat reeds een advies in het kader van de geschillenregeling voor het geschil heeft uitgebracht.

13.9.2 Gedragslijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking.

a. de verzekeringnemer kan een rechtsvordering tegen de het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze verzekering te ontnemen.

b. indien de rechter de verzekeringnemer in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 13.4.c en 13.4.d van deze voorwaarden vergoeden.

13.10 Vervaltermijn

Alle vorderingen, die een verzekeringnemer wegens het niet verlenen van rechtsbijstand of het geven van adviezen tegen het SRK geldend wenst te maken, vervallen na één jaar, te rekenen vanaf de dag, waarop de verzekeringnemer van de weigering kennis kreeg.

13.11 Adres

Na aanmelding van een zaak bij het SRK dient verzekeringnemer zorg te dragen dat zijn juiste adres steeds bij het SRK bekend is.

13.12 Verwerking persoonsgegevens

Na melding van een rechtsbijstandzaak worden uw persoonsgegevens door SRK Rechtsbijstand verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de rechtsbijstandovereenkomst en/of juridische dienstverlening. Op deze verwerking door SRK Rechtsbijstand is de gedragscode van de brancheorganisatie van toepassing.

13.13 Klachten

Klachten over het SRK kunnen schriftelijk worden ingediend bij:

SRK-klachtenbureau
Postbus 3020
2700 LA ZOETERMEER

Het SRK-klachtenbureau bestaat uit een aantal klachtfunctionarissen. Een klachtfunctionaris heeft tot taak de klacht te onderzoeken en af te laten handelen. Hij probeert zo snel mogelijk met de klager in contact te treden en stuurt binnen één week daarna een schriftelijke bevestiging van wat er is besproken, waaronder wie de klacht verder afhandelt en wanneer klager een inhoudelijke reactie krijgt.