

Algemene Voorwaarden AO-Variantplan

Model 109051

INDEX

Artikel 1	Definities	pag. 2	Artikel 21	Vervaltermijnen	pag. 8
Artikel 2	Strekking van de verzekering	pag. 2	Artikel 22	Einde van de uitkering	pag. 8
Artikel 3	Grondslag van de verzekering	pag. 2	Artikel 23	Premiebetaling	pag. 8
Artikel 4	Maximale omvang van de dekking	pag. 2	Artikel 24	Premievrijstelling in verband met arbeidsongeschiktheid	pag. 9
Artikel 5	Arbidsongeschiktheid voor rubriek A (eerste jaar)	pag. 3	Artikel 25	Wijziging van premie en/of voorwaarden	pag. 9
Artikel 6	Wachttijd voor rubriek A	pag. 3	Artikel 26	Verplichtingen bij wijziging van het beroep of van de daaraan verbonden werkzaamheden en de gevolgen daarvan	pag. 9
Artikel 7	Uitkeringen op grond van rubriek A	pag. 3	Artikel 27	Verplichtingen bij andere wijziging(en)	pag. 10
Artikel 8	Arbidsongeschiktheid voor rubriek B (na het eerste jaar)	pag. 3	Artikel 28	Overdracht van rechten	pag. 10
Artikel 9	Wachttijd voor rubriek B	pag. 4	Artikel 29	Einde van de verzekering	pag. 10
Artikel 10	Uitkeringen op grond van rubriek B	pag. 4	Artikel 30	Recht op uitkering na beëindiging van de verzekering	pag. 11
Artikel 11	Wachttijd voor rubriek BT	pag. 4	Artikel 32	Onopzegbaarheid	pag. 11
Artikel 12	Uitkeringen op grond van rubriek BT	pag. 4	Artikel 33	Verhaalsbijstand	pag. 11
Artikel 13	Zwangerschapsuitkering	pag. 4	Artikel 34	Klachtenregeling en geschillen	pag. 11
Artikel 14	Optierecht	pag. 5	Artikel 35	Adres	pag. 11
Artikel 15	Uitsluitingen/beperkingen	pag. 5	Artikel 36	Persoonsregistratie	pag. 11
Artikel 16	Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	pag. 6	Clausuleblad terrorismedekking		pag. 12
Artikel 17	Vaststelling van de uitkering	pag. 7	Clausuleblad Voorwaarden Verhaalsbijstand DAS		pag. 14
Artikel 18	Omvang van de uitkering	pag. 7			
Artikel 19	Betaling van de uitkering	pag. 7			
Artikel 20	Reïntegratie en kostenvergoeding	pag. 8			

ARTIKEL 1

DEFINITIES

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Maatschappij

Nieuwe Hollandse Lloyd Schadeverzekeringmaatschappij N.V. gevestigd Polanerbaan 11 te Woerden (Nederland);

Verzekeringnemer

Degene, die deze verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan, of diens rechtsopvolger;

Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop op grond van de overeengekomen voorwaarden recht bestaat;

Hoofdpremievervaldag

De datum waarop de jaarlijkse aanpassing van de polis plaatsvindt;

Te verzekeren rubrieken

Op het polisblad wordt vermeld welke rubrieken van toepassing zijn op deze verzekering;

Rubriek A

Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, gedurende een periode van 52 weken. De condities waaronder deze rubriek is verzekerd staan vermeld op het polisblad;

Rubriek B

De periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, voor zover deze arbeidsongeschiktheid voortduurt na het verstrijken van de eerste 52 weken. De condities waaronder deze rubriek(en) is/zijn verzekerd staan vermeld op het polisblad;

Rubriek BT

Gelijk aan rubriek B echter met een beperkte uitkeringsduur. De duur van de uitkering staat vermeld op het polisblad;

Inkomen

Inkomen uit arbeid en/of winst uit onderneming als bedoeld in de wet op de inkomstenbelasting;

Verzekerde jaarrente

Het bedrag op basis waarvan de periodieke uitkering wordt vastgesteld. Bij het vaststellen van de jaarrente zal rekening gehouden worden met de wettelijke arbeidsongeschiktheidsdekkingen en overige, eventueel bij andere maatschappijen, lopende arbeidsongeschiktheidsdekkingen.

ARTIKEL 2

STREKKING VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde als gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid. Deze verzekering heeft eveneens tot doel de verzekerde bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met in achtneming van het gestelde in artikel 20.

ARTIKEL 3

GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

De door of namens de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij verstrekte schriftelijke, mondelinge, telefonische en elektronische inlichtingen, opgaven en verklaringen, onder meer in aanvraagformulier(en), gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Als de hiervoor genoemde inlichtingen, opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringnemer of de verzekerde bekende omstandigheden, als bedoeld in de ter zake doende wettelijke bepalingen, heeft de maatschappij het recht de nietigheid van de overeenkomst in te roepen.

ARTIKEL 4

MAXIMALE OMVANG VAN DE DEKKING

- 4.1 De dekking van de verzekerde jaarrente voor alle rubrieken A tezamen respectievelijk van de verzekerde jaarrentes voor alle rubrieken B en rubriek BT tezamen omvat maximaal 80% van het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren, onder aftrek van de maximale uitkering uit hoofde van wettelijke arbeidsongeschiktheidsdekkingen en de elders lopende arbeidsongeschiktheidsdekkingen.
- 4.2 Indien op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering blijkt dat de verzekerde jaarrente de in 4.1 bedoelde maximale omvang van de dekking overschrijdt, heeft de maatschappij het recht om de jaarrente te verlagen tot deze maximale omvang van de dekking. Voor de berekening van de maximale omvang van de dekking wordt dan het gemiddelde inkomen berekend als het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van intreden van de arbeidsongeschiktheid. Indien de maatschappij van dit recht gebruik maakt, bestaat géén recht op restitutie van premie over de achteraf te hoog verzekerde jaarrente.
- 4.3 Indien blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de in 4.1 omschreven maximale omvang

van de dekking, zal de maatschappij de verzekerde jaarrente niet wijzigen.

- 4.4 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op verzoek van de maatschappij een opgave te doen van het inkomen van verzekerde over de afgelopen drie kalenderjaren en, indien de maatschappij daarom verzoekt, de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.
- Indien uit de inkomensopgave blijkt dat het gemiddelde inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren zodanig is gedaald dat de verzekerde jaarrentes de maximale omvang van de dekking, zoals in 4.1 omschreven, overschrijden, heeft de maatschappij het recht om de verzekerde jaarrentes tot de maximale omvang van de dekking te verlagen.

ARTIKEL 5 ARBEIDSONGESCHIKTHEID VOOR RUBRIEK A (EERSTE JAAR)

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren. De maatschappij stelt het bestaan van deze stoornissen vast aan de hand van de rapportages van door de maatschappij aangewezen deskundigen.

Onder handhaving van het hierboven bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht indien de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Hierbij wordt tevens rekening gehouden met mogelijkheden voor aanpassingen in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

ARTIKEL 6 WACHTTIJD VOOR RUBRIEK A

De wachttijd is de periode waarover geen uitkering wordt verleend. Deze periode vangt aan op de dag volgend op de dag waarop verzekerde zich onder behandeling heeft gesteld van een bevoegde arts en door deze arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De duur van deze wachttijd staat vermeld op het polisblad.

Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenperioden van minder dan 4 weken worden samengeteld. De wachttijd wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

ARTIKEL 7 UITKERINGEN OP GROND VAN RUBRIEK A

- 7.1 Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 5, voorziet

deze verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Deze uitkering geschiedt voor maximaal 52 weken.

Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld.

Bij de vaststelling van de periode van 52 respectievelijk 4 weken tellen perioden, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van artikel 3.18, eerste lid of 3.19 van de Wet arbeid en zorg wordt ontvangen, niet mee.

- 7.2 De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd.

ARTIKEL 8 ARBEIDSONGESCHIKTHEID VOOR RUBRIEK B (NA HET EERSTE JAAR)

Bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid gedurende deze periode is één van onderstaande subartikelen op deze verzekering van toepassing. Welk subartikel van toepassing is voor de verzekerde, is afhankelijk van het criterium dat op het polisblad staat vermeld.

1. **Beroepsarbeidsongeschiktheid**
Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt tevens rekening gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.
Indien verzekerde binnen twee jaar na aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid zijn bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt zonder overleg met en zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij, wordt vanaf de datum van beëindiging of verkoop de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op basis van 'passende arbeid', genoemd onder sub 2. van dit artikel.
2. **Passende arbeid**
Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op

zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd.

Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

3. **Gangbare arbeid**

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van arbeid die voor zijn krachten en bekwaamheden is berekend. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

ARTIKEL 9

WACHTTIJD VOOR RUBRIEK B

De wachttijd is de periode waarover geen uitkering wordt verleend.

Deze periode vangt aan op de dag volgend op de dag waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De duur van deze wachttijd staat vermeld op het polisblad.

Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenperiodes van minder dan 4 weken worden samengeteld. De wachttijd wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

ARTIKEL 10

UITKERINGEN OP GROND VAN RUBRIEK B

10.1 Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 8 (arbeidsongeschiktheid voor rubriek B) voorziet deze verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

De uitkering gaat in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken, samengeteld.

Bij de vaststelling van de periode van 52 respectievelijk 4 weken tellen perioden, waarin een uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van artikel 3.18, eerste lid of 3.19 van de Wet arbeid en zorg wordt genomen, niet mee.

10.2 De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd.

ARTIKEL 11

WACHTTIJD VOOR RUBRIEK BT

De wachttijd is de periode waarover geen uitkering wordt verleend.

Deze periode vangt aan op de dag volgend op de dag waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De duur van deze wachttijd staat vermeld op het polisblad.

Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenperiodes van minder dan 4 weken worden samengeteld. De wachttijd wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

ARTIKEL 12

UITKERINGEN OP GROND VAN RUBRIEK BT

12.1 Op voorwaarde dat de verzekerde arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 8 (arbeidsongeschiktheid voor rubriek B), voorziet deze verzekering in een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. De uitkering gaat in zodra verzekerde gedurende een aaneengesloten periode van 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, samengeteld.

12.2 De in dit artikel genoemde termijnen gelden met inachtneming van de overeengekomen wachttijd zoals vermeld op het polisblad.

12.3 De uitkering betreffende deze rubriek geschiedt voor de duur van ten hoogste het op het polisblad aangegeven aantal jaren. Zodra het op het polisblad aangegeven aantal jaren (geheel dan wel gedeeltelijk) is uitgekeerd, komt deze rubriek te vervallen. Hierbij worden perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar binnen twee jaar opvolgen samengeteld.

ARTIKEL 13

ZWANGERSCHAPSUITKERING

Verzekeringnemer heeft recht op een zwangerschapsuitkering van 16 weken, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- zowel rubriek A (arbeidsongeschiktheid in het eerste jaar) als rubriek B (arbeidsongeschiktheid na het eerste jaar is verzekerd);
- de wachttijd voor rubriek A is ten hoogste 30 dagen;
- de uitgerekende bevallingsdatum ligt niet eerder dan twee jaar na de ingangsdatum van beide rubrieken.

Voor de berekening van de uitkering wordt de verzekerde jaarrente voor arbeidsongeschiktheid in het eerste jaar op 100% gesteld. Verhogingen van de verzekerde jaarrente van rubriek A en/of verkortingen van de wachttijd voor rubriek A twee jaar voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum, zullen buiten beschouwing gelaten worden.

De uitkering gaat in 8 dan wel 6 weken (naar keuze) voor de uitgerekende datum van de bevalling. Hierbij dient een schriftelijke verklaring van een arts of ver-

loskundige te worden overlegd waaruit de uitgerekende bevallingsdatum blijkt. Eindigt de zwangerschap voor de 25e week, dan bestaat er geen recht op uitkering.

Het bepaalde in artikel 6 (wachtijd voor rubriek A) is in geval van de zwangerschapsuitkering niet van toepassing. Op de uitkering wordt in mindering gebracht het bedrag dat verzekerde ontvangt vanwege rechten op een bevallingsuitkering op grond van de Wet arbeid en zorg.

Indien in de periode waarin het recht op een zwangerschapsuitkering ontstaat eveneens aanspraak gemaakt kan worden op een uitkering uit hoofde van artikel 7 (uitkeringen op grond van rubriek A), artikel 10 (uitkeringen op grond van rubriek B) of artikel 12 (uitkeringen op grond van rubriek BT), zal gedurende deze periode ten hoogste recht bestaan op een uitkering gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente voor rubriek A.

ARTIKEL 14 OPTIERECHT

De verzekeringnemer heeft het recht om zonder gezondheidswaarborgen de op de polis verzekerde jaarrente(s) jaarlijks op de hoofdpremievervaldag tegen de dan geldende premietarieven en voorwaarden te verhogen. Voor deze verhoging zijn de meest recente uitsluitingen, beperkingen en premieverhogingen van toepassing.

Voor de uitoefening van dit recht gelden de volgende voorwaarden:

- a. De verzekerde:
 - is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de zes maanden daarvoor volledig arbeidsgeschikt, in de zin van zowel de polisdefinities als de sociale verzekeringswetten;
 - mag in de vijf jaar voor de optiedatum niet meer dan één jaar al dan niet aaneengesloten arbeidsongeschikt zijn geweest;
 - verkeert naar beste weten in een goede gezondheid;
 - lijdt niet aan een chronische ziekte en/of staat niet onder behandeling van een specialist;
 - is op de optiedatum jonger dan vijftig jaar;
- b. De verhoging bedraagt niet meer dan 15% van de reeds verzekerde jaarrente met een maximum van € 5.000,- per rubriek. Hierbij worden de verzekerde bedragen van alle verzekerde rubrieken A bij elkaar opgeteld, en worden de verzekerde bedragen voor alle verzekerde rubrieken B en BT bij elkaar opgeteld.
- c. Er is geen achterstand in premiebetaling.
- d. De jaarrente is na verhoging ten hoogste gelijk aan de maximale omvang van de dekking als bedoeld in artikel 4.

Als de maatschappij daarom verzoekt, overlegt verzekeringnemer alle gevraagde inkomensgegevens en onderliggende stukken van verzekerde.

De verhoging kan door de maatschappij worden gemaximeerd op grond van bij haar geldende algemene acceptatierichtlijnen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Als verzekeringnemer gebruik wenst te maken van het optierecht dan bericht hij dat uiterlijk zestig dagen voor de hoofdpremievervaldatum aan de maatschappij.

Na ontvangst van het door verzekeringnemer ondertekende verzoek stelt de maatschappij definitief de voorwaarden voor de verhoging vast aan de hand van alle reeds beschikbare gegevens en de bij haar geldende acceptatierichtlijnen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De verhoging van de verzekerde jaarrente gaat niet eerder in dan op de eerstkomende hoofdpremievervaldatum.

Het recht tot verhogen zonder medische waarborgen vervalt wanneer van dit recht driemaal achtereenvolgend of niet tijdig, gebruik is gemaakt.

ARTIKEL 15 UITSLUITINGEN/BEPERKINGEN

- 15.1 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid, die is ontstaan, bevorderd of verergerd:
 1. door opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;
 2. door een ongeval dat de verzekerde is overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was, of het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was, dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de maatschappij op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
 3. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift, mits het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruikersaanwijzing heeft gehouden;
 4. door ongevallen die de verzekerde zijn overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel van een motorrijwiel waarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven. Dit geldt voor verzekerden jonger dan 23 jaar;
 5. direct of indirect door:
 - a. een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, bestrijden waarbij gebruik

- gemaakt wordt van militaire machtsmiddelen. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- b. burgeroorlog, hier wordt onder 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;
 - c. opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - d. binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, die zich op verschillende plaatsen voordoen binnen een staat;
 - e. oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - f. munitie, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars, d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981.

- 15.2 Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd, bestaat geen recht op uitkering. Dit betekent dat geen recht op uitkering bestaat tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling door de Staat. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.
- 15.3 Voorts wordt geen uitkering verleend voor arbeidsongeschiktheid die is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade die is 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.

- 15.4 Er zal geen uitkering worden verleend als blijkt dat verzekerde drager is van een virus en daardoor zijn werkzaamheden niet mag uitvoeren, terwijl hij overigens wel arbeidsgeschikt is. Deze uitsluiting zal niet gelden als verzekerde kan aantonen dat hij preventief was ingeënt tegen het bewuste virus.
- 15.5 Indien en voor zover deze verzekering dekking biedt, wordt voor schade en/of ongevallen die voortvloeien uit of verband houden met terrorisme uitsluitend op basis van het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT dekking verleend. Het Clausuleblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven.

ARTIKEL 16 VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 16.1 De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:
 1. zich direct onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;
 2. zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen de wachttijd of, indien deze termijn langer is dan 6 weken, binnen 6 weken aan de maatschappij mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van arbeidsongeschiktheid niet tijdig, zoals hierboven bepaald, plaatsvindt, heeft de maatschappij het recht de wachttijd te verlengen met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden;
 3. zich desgevraagd op kosten van de maatschappij door een door de maatschappij aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken;
 4. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen (medische) deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen, geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven;

5. de maatschappij direct op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden;
6. – indien en zolang de mate van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op basis van ‘passende arbeid’ of ‘gangbare arbeid’, alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om de arbeidsongeschiktheid te verminderen en terug te keren in het arbeidsproces;
- indien en voor zolang de mate van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op basis van ‘beroepsarbeidsongeschiktheid’, alle medewerking te verlenen bij aanpassingen in het werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuivingen binnen het eigen beroep/bedrijf, die in redelijkheid van verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de maatschappij het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van ‘passende arbeid’, zoals omschreven in artikel 8.2 (arbeidsongeschiktheid voor rubriek B, passende arbeid)
7. tijdig vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan 1 maand.
8. de maatschappij direct in kennis te stellen van de uitoefening van een ander beroep dan het verzekerde beroep. Indien gedurende de arbeidsongeschiktheid volgens rubriek A, B of BT inkomen wordt verkregen doordat (buiten het eigen bedrijf) een ander beroep dan het verzekerde beroep wordt uitgeoefend, zal dit inkomen geheel of gedeeltelijk in mindering worden gebracht op de uitkering uit hoofde van deze verzekering, totdat een inkomensniveau is bereikt dat gelijk is aan 80% van het gemiddelde inkomen van de verzekerde berekend over de afgelopen drie kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van arbeidsongeschiktheid.
Het (buiten het eigen bedrijf) uitoefenen van een ander beroep dan het verzekerde beroep kan alleen plaatsvinden met schriftelijke toestemming van de maatschappij en mag de mate van arbeidsongeschiktheid in het verzekerde beroep niet verergeren en de mogelijkheden tot herstel of reïntegratie binnen het eigen bedrijf niet belemmeren;
9. Op verzoek van de maatschappij een opgave te doen van het inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren en de benodigde financiële stukken ter inzage te geven.
- 16.2 De verzekeringnemer is gehouden de hierboven onder artikel 16.1. 2, 16.1.4, 16.1.5, 16.1.7 en 16.1.8 genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.
- 16.3 Geen recht op uitkering bestaat, indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van de bovenstaande verplichtingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de maatschappij zijn of kunnen worden geschaad.

ARTIKEL 17 VASTSTELLING VAN DE UITKERING

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de omvang van de uitkering worden door de maatschappij vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen (medische) deskundigen. Een reïntegratieonderzoek door een erkend expertisebureau kan onderdeel van deze vaststelling uitmaken. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens, aan verzekeringnemer mededeling gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen één jaar zijn bezwaren heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

ARTIKEL 18 OMVANG VAN DE UITKERING

- 18.1 Met inachtneming van het op het polisblad bepaalde bedraagt de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- | | | |
|--------|------|-----------------------------------|
| 25 tot | 35% | 30% van de verzekerde jaarrente; |
| 35 tot | 45% | 40% van de verzekerde jaarrente; |
| 45 tot | 55% | 50% van de verzekerde jaarrente; |
| 55 tot | 65% | 60% van de verzekerde jaarrente; |
| 65 tot | 80% | 75% van de verzekerde jaarrente; |
| 80 t/m | 100% | 100% van de verzekerde jaarrente. |
- 18.2 De maximaal te verzekerden jaarrente, alsmede de maximale uitkering op jaarbasis, bedraagt € 140.000,-.
Dit maximum geldt voor de som van alle rubrieken A tezamen, en de som van alle rubrieken B en BT tezamen.

ARTIKEL 19 BETALING VAN DE UITKERING

De uitkering per dag bedraagt, met inachtneming van de betreffende uitkeringsschaal, 1/365ste deel van de verzekerde jaarrente. Een verschuldigd geworden uitkering wordt aan het einde van iedere maand aan de verzekeringnemer uitbetaald.

ARTIKEL 20

REINTEGRATIE EN KOSTENVERGOEDING

Verzekerde is verplicht om zijn mogelijkheden tot reïntegratie te laten onderzoeken indien de maatschappij hierom vraagt en verzekerde dient zijn volledige medewerking aan dit onderzoek te verlenen. De uitkomsten van dit onderzoek zullen met verzekerde worden besproken. Het reïntegratietraject zal door de maatschappij en/of een gespecialiseerd bureau worden begeleid.

Indien verzekerde in een ander beroep dan het verzekerde beroep weer gaat deelnemen aan het arbeidsproces dan heeft hij de keuze om de verzekering te beëindigen of de verzekering met vermelding van het nieuwe beroep, te laten voortbestaan, voor zover dit binnen de op dat moment geldende acceptatierichtlijnen door de maatschappij aanvaardbaar is. Hierbij zal de maatschappij geen voorbehoud maken ten aanzien van het opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een uitkering werd verleend. Indien verzekerde andere bedragen wenst te verzekeren, dan zullen wel gezondheidswaarborgen zijn vereist voor het meerdere boven de oorspronkelijke verzekerde bedragen. Mocht verzekerde binnen één jaar na aantekening van het nieuwe beroep opnieuw arbeidsongeschikt worden ten gevolge van dezelfde oorzaak als waarvoor in eerste instantie een uitkering werd verleend, zal de uitkering op grond van rubriek B of BT onmiddellijk weer worden verstrekt, waarbij geen wachttijd in acht wordt genomen. De maatschappij zal de uitkering hervatten op basis van de jaarrente waarop de laatstgenoten uitkering werd verleend.

De maatschappij vergoedt, indien zij hiervoor vooraf haar goedkeuring heeft verleend, de kosten die zijn verbonden aan revalidatie en her- of omscholing gericht op herdeelname aan het arbeidsproces voor zover niet elders recht op vergoeding bestaat. De vergoeding geschiedt boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid. Het gaat hierbij om de vergoeding van kosten die niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

ARTIKEL 21

VERVALTERMIJNEN

Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de maatschappij inzake een vordering, vervalt na het verstrijken van een periode van een jaar nadat de maatschappij haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen dit jaar aan de maatschappij schriftelijk heeft laten weten dat hij het met dat standpunt niet eens is.

Onder handhaving van het bepaalde in artikel 16.1.2 (verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid, meldingstermijn) vervalt ieder recht op uitkering, indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet plaatsvindt binnen twee jaar na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

ARTIKEL 22

EINDE VAN DE UITKERING

De uitkering eindigt:

1. op de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze polis;
 2. per de eerste dag van de maand volgend op de maand, waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;
 3. op de dag waarop deze verzekering eindigt, onder handhaving van het in artikel 30 (recht op uitkering na beëindiging van de verzekering) bepaalde;
 4. indien de maatschappij een beroep doet op het bepaalde in artikel 16.3 (verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid);
 5. bij overlijden van de verzekerde.
- In dit geval zal de uitkering worden voortgezet gedurende 2 maanden na de maand van overlijden. Indien de verzekerde tevens verzekeringnemer was, geschieden de uitkeringen na overlijden aan de echtgeno(o)t(e) van verzekerde dan wel aan de partner van verzekerde indien hij daarmee duurzaam samenwoonde, en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van verzekerde;

Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekeringnemer of de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of laat verstrekken.

ARTIKEL 23

PREMIEBETALING

- 23.1 De premie is verschuldigd op de premievalidatum.
- 23.2 Indien de premie binnen een termijn van 30 dagen na de premievalidatum niet is voldaan, stelt de maatschappij de verzekeringnemer daarvan schriftelijk in kennis. In deze kennisgeving wordt de verzekeringnemer de mogelijkheid geboden om de achterstallige premie binnen 30 dagen te voldoen.
- 23.3 Indien de betaling vervolgens niet binnen deze termijn van 30 dagen heeft plaatsgevonden, zal de maatschappij de dekking opschorten of beëindigen per de premievalidatum. In het geval van opschorting blijft de verzekeringnemer verplicht de tot de contractsvervaldatum van de verzekering verschuldigde premie te voldoen.
- 23.4 De dekking wordt in het geval van opschorting weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen en aanvaard.
- 23.5 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten die door de maatschappij worden gemaakt voor de incasso van de achterstallige premie-termijnen en de daarop betrekking hebbende

wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

- 23.6 Gedurende de periode direct voor de einddatum is voor rubriek B resp. BT geen premie verschuldigd. Deze periode is gelijk aan de wachttijd voor rubriek B resp. BT.
- 23.7 Behalve bij opzegging overeenkomstig artikel 3 (grondslag van de verzekering), 16 (verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid) en 29.4 (einde van de verzekering), wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar evenredigheid verminderd.

ARTIKEL 24 PREMIEVRIJSTELLING IN VERBAND MET ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Indien de verzekeringnemer uitkering van de maatschappij ontvangt op grond van rubriek B wordt, gerekend vanaf dat moment, premievrijstelling verleend voor de premie voor alle verzekerde rubrieken, evenredig aan het uitkeringspercentage. De eerste premierestitutie in verband met premievrijstelling zal aan het einde van het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden.

Wanneer dit uitkeringspercentage wijzigt tijdens de periode van premievrijstelling, verleent de maatschappij een aanvullende premievrijstelling, of brengt zij een deel van de premie alsnog in rekening. De verzekeringnemer dient laatst bedoelde premie te voldoen uiterlijk op de 30ste dag nadat deze verschuldigd wordt.

ARTIKEL 25 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

- 25.1 De maatschappij heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot een dergelijke groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen op een door haar te bepalen datum.
- 25.2 Voor die verzekeringen waarop een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de maatschappij bepaalde datum. De wijziging van de voorwaarden zal van kracht worden, zodra de uitkering is beëindigd.
- 25.3 De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij, binnen de in de kennisgeving genoemde termijn, schriftelijk aan de maatschappij het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de kennisgeving door de maat-

schappij genoemd is. De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen indien:

1. de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
2. de wijziging een verlaging van de premie bij een gelijkblijvende dekking inhoudt;
3. de wijziging een uitbreiding van de dekking inhoudt, waarbij geen hogere premie verschuldigd is;
4. de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
5. de wijziging van de premie voortvloeit uit een vooraf overeengekomen jaarlijkse premieaanpassing;
6. de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van de verzekerde jaarrente.

ARTIKEL 26 VERPLICHTINGEN BIJ WIJZIGING VAN HET BEROEP OF VAN DE DAARAAN VERBONDEN WERKZAAMHEDEN EN DE GEVOLGEN DAARVAN

- 26.1 De verzekeringnemer, respectievelijk de verzekerde, is verplicht de maatschappij direct kennis te geven, wanneer de verzekerde ophoudt zijn beroep, als op het polisblad vermeld, daadwerkelijk uit te oefenen of wanneer dit wijzigt, dan wel wanneer de aan het beroep verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden een verandering ondergaan.
- 26.2 Indien, anders dan ten gevolge van door de maatschappij erkende arbeidsongeschiktheid, de verzekerde geheel of gedeeltelijk ophoudt zijn beroep daadwerkelijk uit te oefenen, waaronder mede wordt verstaan het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit, heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer gedurende maximaal één jaar de dekking op te schorten en gedurende deze periode een door de maatschappij vast te stellen premie in rekening te brengen (een zogenaamde sluimerpremie). In dit laatste geval wordt de dekking weer van kracht indien de verzekerde zijn beroep weer uitoefent. Indien de verzekerde voor afloop van deze periode zijn beroep niet opnieuw uitoefent, heeft de maatschappij het recht de verzekering alsnog te beëindigen. Tijdens de bovengenoemde periode, waarin verzekeringnemer heeft verzocht de dekking op te schorten, bestaat er geen dekking voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat tijdens de periode van opschorting.

26.3 Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aan dat beroep verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden verandering ondergaan, zal de maatschappij beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien dit het geval is heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

26.4 Indien de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen vier weken na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

26.5 Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden en/of de omvang van deze werkzaamheden, zal de maatschappij, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien geen sprake is van een risicoverzwaaringsinhoudt blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien wel sprake is van risicoverzwaaringsinhoudt die er toe leidt dat de verzekering – wanneer aan de maatschappij kennis zou zijn gegeven – slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de uitkering:

1. met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of;
2. in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaaringsinhoudt zou zijn verschuldigd. Indien een niet tijdig gemelde risicoverzwaaringsinhoudt naar het oordeel van de maatschappij van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

ARTIKEL 27 VERPLICHTINGEN BIJ ANDERE WIJZIGING(EN)

27.1 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij tijdig vooraf te informeren, als de verzekerde voor een periode van langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

27.2 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij direct in te lichten, als;

1. de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt in-gevolge de Ziektewet dan wel aanspraak kan maken op een loondoorbetalingsverplichting van een werkgever in het kader van de WULBZ, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
2. de verzekeringnemer of de verzekerde dan wel zijn bedrijf failliet is verklaard, respectievelijk aan hem of aan zijn bedrijf surséance van betaling is verleend;
3. het inkomen dermate vermindert dat dit een herberekening van de verzekerde jaarrente tot gevolg kan hebben of dat er geen belang meer is bij deze verzekering. Beoordeling hiervan vindt plaats op basis van artikel 2 en 4.
Indien de jaarrente achteraf wordt verlaagd naar aanleiding van de hoogte van het inkomen zal maximaal over 1 jaar een premierestitutie worden verleend.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de maatschappij desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt.

In de hier genoemde gevallen heeft de maatschappij het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

Indien de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen vier weken na ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

ARTIKEL 28 OVERDRACHT VAN RECHTEN

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

ARTIKEL 29 EINDE VAN DE VERZEKERING

Met handhaving van het elders in deze voorwaarden bepaalde omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering, eindigt de verzekering:

1. op de contractvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per aan de maatschappij gericht schrijven de verzekering heeft opgezegd;

2. zodra de overeengekomen einddatum is bereikt;
3. op de datum van het overlijden van verzekerde;
4. indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken.

ARTIKEL 30 RECHT OP UITKERING NA BEEINDIGING VAN DE VERZEKERING

- 30.1 Indien de verzekering wordt beëindigd wegens het bepaalde in artikel 29.2, 29.3 en 29.4 (einde van de verzekering) of artikel 23.2 (premiebetaling), vervallen alle rechten op van reeds ingetreden arbeidsongeschiktheid met ingang van de datum waarop de verzekering eindigt.
- 30.2 In alle andere gevallen geschiedt de beëindiging van de verzekering met handhaving van de rechten op reeds voor het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. Een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die is vastgesteld na de datum waarop de verzekering eindigt, wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

ARTIKEL 31 PERIODIEK GENEESKUNDIG ONDERZOEK

Op de vierde hoofdpremievervaldag en vervolgens om de vier jaar heeft de verzekerde het recht zich door een arts, niet zijnde een specialist, te laten onderzoeken. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de maatschappij. Over het resultaat van dit onderzoek wordt aan de maatschappij geen informatie verstrekt.

ARTIKEL 32 ONOPZEGBAARHEID

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de maatschappij.

ARTIKEL 33 VERHAALSBIJSTAND

De verzekerde heeft recht op verhaalsbijstand zoals omschreven in het clauseblad 'Voorwaarden verhaalsbijstand Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)'. Het clauseblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven.

Deze verhaalsbijstand zal worden uitgevoerd door DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam.

ARTIKEL 34 KLACHTENREGELING EN GESCHILLEN

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de ver-

zekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan het intern klachtenbureau of de klachtenbehandelaar van de maatschappij.

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor de verzekeringnemer niet bevredigend is, kan deze zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag (telefoon 070- 333 89 99).

Wanneer de verzekeringnemer geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

ARTIKEL 35 ADRES

Als adres van verzekeringnemer geldt het op het polisblad vermelde, of bij wijziging hiervan, het laatste aan de maatschappij bekende adres. Kennisgevingen van de maatschappij aan verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan dit adres of aan het adres van de assurantieadviseur, via wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

ARTIKEL 36 PERSOONSREGISTRATIE

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

Clausuleblad 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:

1.1 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 tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aanneemelijk 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.

1.2 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 tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aanneemelijk 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.

1.3 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.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij 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.

1.5 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.

1.6 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-uitvaartverzekeringbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

- 2.1 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 polisvoorwaarden, 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 terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake 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.
- 2.2 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 drie landelijk verschijnende dagbladen.
- 2.3 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 tenminste 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.
- financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- 3.2 De NHT is, met in achtneming 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.
- 3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake 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 terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
- 3.4 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.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

- 3.1 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

Voorwaarden verhaalsbijstand Arbeids Ongeschiktheids Verzekering (04/03)

Op deze verzekering zijn eveneens de door DAS gehanteerde Algemene Voorwaarden van toepassing, die op verzoek verkrijgbaar zijn.

1 Begripsomschrijvingen

1.1 DAS: DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

1.2 verzekerde:

1.2.1 de verzekerde als vermeld in de arbeidsongeschiktheidsverzekering;

1.2.2 de nagelaten betrekkingen van een verzekerde, indien en voorzover zij een vordering kunnen instellen tot voorziening in de kosten van levensonderhoud naar aanleiding van een gebeurtenis, waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op verhaalsbijstand bestaat.

1.3 verhaalsbijstand: de juridische belangenbehartiging bij het verhalen van schade op een derde.

1.4 derde: een ieder die jegens verzekerde op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is gehouden.

2 Omvang van de dekking

2.1 DAS verleent verhaalsbijstand aan de verzekerde, die op grond van deze arbeidsongeschiktheidsverzekering uitkering ontvangt, of zou ontvangen wanneer er geen eigen risicotermijn van toepassing zou zijn.

2.2 DAS verleent geen verhaalsbijstand voorzover de verzekerde aanspraak kan maken op behartiging van zijn belangen krachtens een andere verzekering, al dan niet van oudere datum.

3 De verlening van de rechtsbijstand

3.1 De rechtsbijstand wordt verleend door deskundigen in loondienst van DAS. Als er geen redelijke kans (meer) is het gewenste resultaat te bereiken, wordt de rechtsbijstandverlening gestaakt. Als de verzekerde het oneens blijft met het oordeel van DAS over de (ver)haalbaarheid, dan kan hij DAS schriftelijk verzoeken dit meningsverschil voor te leggen aan een advocaat naar zijn keuze uit een lijst van advocaten, die DAS op verzoek aan hem verstrekt. De verlening van rechtsbijstand wordt door DAS voortgezet in overeenstemming met het oordeel van de advocaat. Als verzekerde zich niet met het oordeel van de advocaat kan verenigen, kan hij de zaaksbehandeling voor eigen rekening en risico voortzetten. Wordt hij daardoor alsnog geheel of gedeeltelijk in het gelijk gesteld, dan betaalt DAS alsnog de redelijk gemaakte kosten van rechtsbijstand.

3.2 Als het naar het oordeel van DAS noodzakelijk is de behandeling of een deel daarvan over te dragen aan een externe deskundige, is uitsluitend DAS bevoegd om, na overleg met de verzekerde, opdrachten daartoe te verstrekken. DAS is niet aansprakelijk voor schade door of in verband met de werkzaamheden van een door DAS ingeschakelde externe deskundige.

4 De kosten van verhaalsbijstand

DAS vergoedt per gebeurtenis, die tot arbeidsongeschiktheid heeft geleid, de volgende kosten:

4.1 alle interne kosten: de kosten van deskundigen in loondienst van DAS;

4.2 tot maximaal € 5.000,- per gebeurtenis, de volgende externe kosten:

- de kosten van de externe deskundigen die door DAS worden ingeschakeld, voorzover deze kosten noodzakelijk gemaakt zijn voor de uitvoering van de opdracht;
- de kosten van getuigen voorzover door een rechter toegewezen;
- de proceskosten die ten laste van verzekerde blijven of waartoe hij in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld;
- de noodzakelijke, in overleg met DAS 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 vijf jaar nadat dit vonnis onherroepelijk is geworden.

5 De franchise

De verzekerde kan alleen aanspraak maken op verhaalsbijstand als het belang van zijn verzoek tenminste € 225,- beloopt.

6 Dekkingsgebied

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 één van die landen van toepassing is.

7 Verplichtingen van de verzekerde

Een verzekerde die een beroep op verhaalsbijstand wil doen, meldt zijn verzoek zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de gebeurtenis, die tot de arbeidsongeschiktheid heeft geleid, aan bij DAS, waarbij verzekerde alle gegevens die op de toedracht en de omvang van zijn schade betrekking hebben, dient te overleggen.

DAS Rechtsbijstand

Postbus 23000, 1100 DM Amsterdam

Telefoon 020 - 6 517 517, Fax 020 - 6 960 423

www.das.nl