



Algemene verzekeringsvoorwaarden

TAF InkomenZeker AOV

De TAF InkomenZeker AOV is een arbeidsongeschiktheidsverzekering die u voor korte of langere tijd de zekerheid biedt van een inkomen als u arbeidsongeschikt raakt. Met de keuzemogelijkheden voor onder andere uitkeringsduur, eigen risicoperiode, gewenste einddatum en het naar keuze wel of niet meeverzekeren van psychische klachten stelt u uw verzekering volledig naar eigen wens samen.

Uw TAF InkomenZeker AOV is een overeenkomst tussen de verzekeraar en u. Bij deze overeenkomst horen verzekeringsvoorwaarden. In deze verzekeringsvoorwaarden leest u precies wat u verzekert en wat de rechten en plichten van u en de verzekeraar zijn. Deze verzekeringsvoorwaarden maken onderdeel uit van de polis die de verzekeraar afgeeft.

We raden u aan deze voorwaarden goed te lezen.



eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE BEPALINGEN

1. Definities	3
2. Strekking van de verzekering	5
3. Grondslag van de verzekering	6
4. Aanvang, duur en einde van de verzekering	6
5. Premiebetaling	7
6. De verzekerde dekking tijdelijk stoppen	8
7. Wijziging verzekerd maandbedrag	8
8. Verpanding, belening en premierestitutie	9
9. Indexatie	9
10. Begunstiging en aanvaarding	10
11. Terugvordering	10
12. Verhaal van kosten en belasting	11
13. Fraude	11
14. Wijziging van premie en/of voorwaarden	11
15. Verval van rechten en verjaring	12
16. Adreswijzigingen, correspondentie en verwerking persoonsgegevens	12
17. Meldingsplicht	13
18. Klachtenbehandeling	13
19. Toepasselijk recht	14

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid	14
21. Uitkeringsdrempel arbeidsongeschiktheid	15
22. Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid	15
23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid	15
24. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid	16
25. Uitsluitingen arbeidsongeschiktheid	16
26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	17
27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid	18
28. Voorlopige dekking	18
29. Fiscaliteit en betaling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid	19
30. Vergoeding re-integratiekosten	19
31. Zwangerschap/bevalling	19
32. Adoptie	20
33. Uitkering bij overlijden	20
34. Uitsluitingen overlijden	20
35. Verplichtingen bij overlijden	21



eenvoudig transparant

ALGEMENE BEPALINGEN

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aandoeningen:

Een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand waarvan de oorzaak na de ingangsdatum van de verzekering ligt waarbij:

- een gespecialiseerd arts een lichamelijke afwijking heeft gevonden of;
- een geestelijke (of psychische) aandoening is vastgesteld welke wordt behandeld door een psycholoog of psychiater.

Aanvraagformulier:

Het document dat tot de polis heeft geleid.

Acceptatiedatum:

De datum waarop de verzekeraar de acceptatieverklaring heeft verzonden naar de verzekeringnemer.

Addendum:

Elke aanvullende bijlage bij de polis die door de verzekeraar wordt uitgegeven, waarin een herziening van of een toevoeging aan de algemene verzekeringsvoorwaarden en/of het polisblad is opgenomen.

Administrateur:

TAF BV,
Postbus 4562
5601 EN EINDHOVEN
Telefoon: 040-707 38 90
E-mail: info@taf.nl
Internet: www.taf.nl
KvK nummer 28081869
AFM registratienummer 12019919

Arbeidsongeschiktheid:

Van arbeidsongeschiktheid in deze voorwaarden is sprake wanneer is voldaan aan het volgende:

Er is sprake van een ziekte, aandoening, orgaandonatie of een ongeval en als direct gevolg daarvan bestaan er stoornissen. Deze stoornissen:

- zijn door een arts op basis van regulier medisch onderzoek objectief vastgesteld en;
- zijn algemeen erkend door de medische wetenschap en;
- beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren en door de objectiveerbare functiebeperking is de verzekerde voor minimaal 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

De arbeidsongeschiktheid moet zijn ontstaan op of ná de ingangsdatum van de verzekering.

Arts/Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Beëindigingsdatum:

De datum per wanneer de verzekering wordt beëindigd indien de verzekeringnemer de verzekering voor het bereiken van de einddatum opzegt of de datum per wanneer de verzekeraar de verzekering beëindigt.

Begunstigde(n):

De (rechts)persoon of (rechts)personen aan wie het verzekerd bedrag dient te worden uitgekeerd.

Contractperiode:

De periode van 12 maanden waarvoor verzekeringnemer de verzekering afsluit. Na het verstrijken van iedere contractperiode wordt de verzekering automatisch, tot maximaal de einddatum, met 12 maanden verlengd.

Contractvervaldag:

De datum waarop de contractperiode eindigt.



eenvoudig transparant

Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde door arbeidsongeschiktheid de werkzaamheden (gedeeltelijk) heeft gestaakt en zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Bij arbeidsongeschiktheid door psychische klachten geldt aanvullend dat de verzekerde moet worden behandeld door een psycholoog of psychiater, waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat de intake niet wordt gezien als medische behandeling, en dat de psychische aandoening definitief gediagnosticeerd dient te zijn door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater.

Eigen risicoperiode:

De periode waarover de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. Deze periode vangt aan op de Eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De Eigen risicoperiode is van toepassing op elke (nieuwe) schade.

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt zoals vermeld op het polisblad.

Fraude:

Het opzettelijk en/of op oneigenlijke gronden en wijzen (trachten te) verkrijgen van een uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een arbeidsongeschiktheidsverzekering onder valse voorwendselen.

Ingangsdatum:

De datum waarop de verzekering ingaat zoals vermeld op het polisblad.

Inkomen:

Het Inkomen van de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep bestaat uit:
De fiscale winst uit onderneming en/of het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001, die zijn toe te rekenen aan de verzekerde. Het gaat om de winst vóór ondernemersaftrek en MKB-vrijstelling, vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

Het inkomen van de directeur-groootaandeelhouder bestaat uit:

Het belastbare loon van de directeur-groootaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het aan de directeur-groootaandeelhouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de BV. De belastbare winst of het verlies van de BV wordt vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

Inkomsten uit loondienst, blijvend uit de jaaropgave(n) die vóór het ondernemerschap werden verdiend mits dit is verkregen door uitoefening van het beroep dat is verzekerd op deze verzekering.

Kind:

Het wettige, gewettigde of geadopteerde kind van de verzekerde.

Kwaadwillige besmetting:

Het – buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel Toezicht genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Ongeval:

Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf komend onvrijwillig op het lichaam inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen letsel of overlijden tot gevolg heeft. Met een ongeval worden gelijkgesteld:

- a. verbranding, bevriezing, verdrinking, verstikking;
- b. uitputting, verhongering of verdorping als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;



eenvoudig transparant

- c. wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
- d. verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of directe medische behandeling van ongevalsletsel;
- e. acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gasen, dampen of stoffen.

Partner:

De echtgenoot, echtgenote of de geregistreerd partner van de verzekerde of degene waarmee de verzekerde op grond van een notarieel samenlevingscontract samenwoont en staat ingeschreven op hetzelfde woonadres in de Basisregistratie Personen (BRP).

Polis(blad):

De door de verzekeraar afgegeven akte welke strekt tot het bewijs van bestaan van de verzekeringsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde voorwaarden.

Psycholoog/psychiater:

Een in Nederland gevestigde psycholoog/psychiater die staat ingeschreven in het NIP- en/of BIG-register en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Schade:

Een aanspraak op betaling van een uitkering onder de dekking van deze verzekering.

Specialist:

Een in Nederland gevestigde arts die als specialist is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel Toezicht genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische

belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Verzekeraar:

iptiQ Life S.A., Nederlandse vestiging, Capellalaan 65, 2132 JL Hoofddorp, Nederland. De verzekeraar werkt onder een vergunning die is verleend door de Luxemburgse toezichthouder, de Commissariat Aux Assurances (CAA) bekend onder registratienummer B-184281. De verzekeraar is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 60611952. TAF BV treedt op als gevolmachtigde namens de verzekeraar.

Verzekerde:

De op het polisblad genoemde natuurlijke persoon bij wiens arbeidsongeschiktheid of overlijden uitkering wordt verleend voor zover daar, krachtens deze voorwaarden, recht op bestaat en die zelfstandig ondernemer is in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. Verzekerde woont gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland en staat ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP).

Verzekerd maandbedrag:

Het verzekerd maandbedrag mag niet meer bedragen dan 85% van het gemiddelde inkomen van de laatste drie kalenderjaren. Is het inkomen van de verzekerde ook op een andere verzekering bij een andere verzekeraar verzekerd, dan wordt het maximaal te verzekeren bedrag op deze verzekering verminderd met het op de andere verzekering verzekerd maandbedrag. Het verzekerd maandbedrag bedraagt tijdens de looptijd van de verzekering minimaal € 1.000,- en maximaal € 12.500,-.

Verzekeringnemer:

De natuurlijke of rechtspersoon die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Zelfdoding:

Het al dan niet opzettelijk beëindigen van het eigen leven.

2. Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel om een uitkering te verlenen ten gevolge van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.

3. Grondslag van de verzekering

- 3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- 3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van schending van de mededelingsplicht, als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst op te zeggen of aan te passen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekering wordt afgesloten voor een contractperiode van 12 maanden. Na het verstrijken van iedere contractperiode wordt de verzekering automatisch, tot maximaal de einddatum, met 12 maanden verlengd.
- 4.2 De verzekerde risico's zijn gedekt vanaf de ingangsdatum van de verzekering die op het polisblad staat vermeld, doch nooit eerder dan de datum waarop de eerste premie is voldaan.
- 4.3 De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. De verzekeraar zal in dat geval de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.
- 4.4 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering uit deze verzekering eindigt onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering:

- a. Op de einddatum van de verzekering zoals vermeld op het polisblad;
- b. Op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde overlijdt;

- c. Op de dag waarop de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer staat ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP), tenzij verzekeraar en verzekeringnemer anders overeenkomen;
- d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken en de verzekeraar gebruik heeft gemaakt van zijn recht om de verzekering (met terugwerkende kracht) op te zeggen;
- e. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de wettelijke AOW-leeftijd zoals vastgelegd in de Algemene Ouderdomswet bereikt of, indien dit eerder is, op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de leeftijd van 70 jaar bereikt;
- f. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet en dit stopzetten niet het gevolg is van zijn/haar arbeidsongeschiktheid;
- g. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, tenzij verzekeraar en verzekeringnemer anders overeenkomen.

4.5 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer de verzekering kan opzeggen. De verzekering wordt dan per de laatste dag van de maand beëindigd.

4.6 Bij arbeidsongeschiktheid ontstaan in de periode nadat de verzekeringnemer de verzekering heeft opgezegd, doch voor de beëindigingdatum behoudt de verzekeringnemer het recht op uitkering gedurende de overeengekomen uitkeringsduur. De verzekering wordt dan pas beëindigd als verzekeringnemer geen recht meer heeft op een uitkering.

Voor de uitkering geldt dat:

- als de mate van arbeidsongeschiktheid toeneemt, het uitkeringspercentage niet wordt verhoogd;
- als de mate van arbeidsongeschiktheid afneemt, het uitkeringspercentage wel wordt verlaagd;



eenvoudig transparant

Alle verplichtingen uit deze voorwaarden blijven, zolang de uitkering loopt, van toepassing.

Verzekerde is verplicht om uiterlijk op de beëindigingsdatum melding te doen van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar. Wordt de melding van de arbeidsongeschiktheid later dan de beëindigingsdatum gedaan dan is er geen recht meer op een uitkering.

4.7 Een verzekering kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekeringnemer worden beëindigd.

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

5. Premiebetaling

5.1 Voor deze verzekering is de eerste premie verschuldigd bij afgifte van de polis. Iedere vervolgpremie is op de premievervaldag verschuldigd. De premie wordt automatisch geïncasseerd van de opgegeven Nederlandse bankrekening. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.

5.2 De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is.

5.3 Indien de verschuldigde vervolgpremie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de premievervaldag wordt voldaan, heeft de verzekeringnemer, na aanmaning, nog 14 dagen de tijd om alsnog aan zijn/haar verplichtingen te voldoen. Indien de vervolgpremie inclusief kosten niet binnen deze termijn volledig aan de administrateur is voldaan, dan wordt de dekking automatisch geschorst vanaf de premievervaldag totdat de premieachterstand volledig aan de administrateur is voldaan. Bovendien is de verzekeraar gerechtigd om de verzekering te beëindigen. Reeds betaalde premies zullen niet worden geretourneerd.

5.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de administrateur worden gemaakt ter incasso van achterstallige premietermijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.

5.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een schade is niet gedekt.

5.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid openstaande premietermijnen te verrekenen met verschuldigde uitkeringen.

5.7 Premievrijstelling:

Zolang de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangt, zal de verzekeraar vanaf de 366e dag van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verlenen voor het gedeelte van de premie dat gelijk is aan het uitkeringspercentage. De verrekening inzake premievrijstelling zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.

5.8 Einddatum premiebetaling:

Afhankelijk van de gekozen Eigen risicoperiode eindigt de premiebetaling voor de verzekering:

- a. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 30 dagen:
1 maand voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- b. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 60 dagen:
2 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- c. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 90 dagen:
3 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;



eenvoudig transparant

d. Indien de gekozen Eigenrisicoperiode gelijk is aan 180 dagen:

6 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

e. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 365 dagen:

12 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

f. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 730 dagen:

24 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad.

Is de verzekerde aan het einde van de overeengekomen periode of op eerder moment definitief gestopt met het verzekerde beroep dan wordt de verzekering op grond van artikel 4 beëindigd.

6.2 Er is geen recht op een uitkering, ook niet nadat de dekking weer is hersteld, indien;

- de verzekerde geheel of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid raakt door klachten die ontstaan of verergeren tijdens de periode dat de dekking is gestopt;
- de zwangerschap ontstaat in de periode dat de dekking is gestopt;
- de datum van adoptie ligt in de periode dat de dekking is gestopt;
- het overlijden van de verzekerde plaatsvindt in de periode dat de dekking is gestopt.

6.3 Het tijdelijk stopzetten van de verzekerde dekking is mogelijk vanaf 12 maanden na de ingangsdatum van de verzekering. Daarna is het weer mogelijk om de verzekerde dekking tijdelijk stop te zetten nadat de verzekerde dekking minimaal een aaneengesloten periode van 12 maanden actief is geweest.

6. De verzekerde dekking tijdelijk stoppen

6.1 De verzekeringnemer kan de verzekeraar vragen om de verzekerde dekking tijdelijk te stoppen indien:

- de verzekerde tijdelijk in loondienst gaat en de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, waarbij sprake is van dezelfde beroepsbezigheden;
- de verzekerde een sabbatical neemt;
- de verzekerde voor lange tijd in het buitenland verblijft;
- de verzekerde tijdelijk, door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid, geen inkomen heeft uit zijn/haar beroep.

Na akkoord van de verzekeraar wordt de verzekerde dekking, per de eerste van de maand, gedurende de vooraf overeengekomen periode stopgezet. Deze periode is maximaal één jaar. Tijdens deze periode is 10% van de premie verschuldigd.

Na de overeengekomen periode gaat de verzekerde dekking, per de eerste van de maand weer volledig in onder de voorwaarde dat:

- het verzekerde beroep en de werkzaamheden niet gewijzigd zijn en;
- de verzekerde inkomen heeft uit het verzekerde beroep en werkzaamheden

7. Wijziging verzekerd maandbedrag

7.1 Verzekeringnemer heeft het recht om het verzekerd bedrag, zonder medische waarborgen, op de contractvervaldag met maximaal 10% per jaar te verhogen.

7.2 Een verhoging van het verzekerd bedrag is niet mogelijk indien:

- verzekerde de 62-jarige leeftijd heeft bereikt;
- de einddatum van de verzekering binnen 5 jaar wordt bereikt;
- verzekerde op het moment van het verzoek van verhoging, of in de 6 maanden voorafgaande aan het verzoek geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is of is geweest;



eenvoudig transparant

- het verzekerde bedrag het maximum van € 12.500,- per maand heeft bereikt;
- de dekking op grond van artikel 5.3 is geschorst;
- het verzekerd bedrag, samen met het op een andere verzekering bij een andere verzekeraar verzekerd bedrag, meer bedraagt dan 85% van het gemiddelde inkomen van de afgelopen drie kalenderjaren.

7.3 De verzekeringnemer heeft het recht om het verzekerd bedrag, per de eerste van de maand, te verlagen, echter nooit tot een lager bedrag dan € 1.000,- per maand. Is er sprake van een premiebetaling per jaar dan kan het verzekerd bedrag uitsluitend na afloop van de contractperiode, op de contractvervaldag verlaagd worden.

7.4 Wordt het verzekerd bedrag verlaagd omdat er sprake is van een (tijdelijke) daling van het inkomen, dan kan de verzekeringnemer gebruik maken van de terugkeerregeling. Dit betekent dat de verzekeringnemer het verzekerd bedrag binnen drie jaar, zonder gezondheidswaarborgen, weer kan verhogen tot het verzekerd bedrag dat verzekerd was vóór de verlaging. Hierbij zijn de voorwaarden uit artikel 7.2 van toepassing.

De verhoging is niet van toepassing op arbeidsgeschiktheid die is ontstaat binnen 60 dagen nadat het verzekerd bedrag is verhoogd.

7.5 De verzekeringnemer dient uiterlijk 30 dagen voor de gewenste wijzigingsdatum zijn verzoek tot verhoging of verlaging van het verzekerde bedrag schriftelijk kenbaar te maken aan de verzekeraar.

7.6 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde maandbedrag betreft, zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging, waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum.

7.7 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een melding van arbeidsongeschiktheid, adoptie of zwangerschap van de verzekerde die op de datum van de verzochte wijziging bij de administrateur in behandeling is.

8. Verpanding, belening en premierestitutie

8.1 De verzekeringnemer kan de uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen niet aan een ander overdragen of verpanden.

8.2 De verzekering kan niet worden beleend.

8.3 De verzekering heeft geen afkoopwaarde.

8.4 De verzekering kan niet premievrij worden gemaakt. De verzekering heeft namelijk geen premievrije waarde, althans niet boven het wettelijk vastgestelde grensbedrag, omdat in de premie een korting is verwerkt wegens de kans op tussentijdse beëindiging.

9. Indexatie

9.1 Op het polisblad staat aangetekend of en op welke wijze de verzekering wordt geïndexeerd.

9.2 Geen indexatie:
Indien op het polisblad staat aangetekend dat er geen sprake is van indexatie dan blijven het verzekerd bedrag en de uitkering gedurende de looptijd gelijk.

9.3 Indexatie van het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering:
Indien op het polisblad staat aangetekend dat er sprake is van indexatie van het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering, dan stijgen het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering jaarlijks. De stijging vindt telkens plaats op de contractvervaldag. Het verzekerd bedrag of de uitkering is nooit hoger dan het maximum bedrag van € 12.500,- per maand. Indien als gevolg van indexatie het verzekerd bedrag of de uitkering de grens van € 12.500,- per maand zou overschrijden, blijven het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering gelijk aan de bedragen in het voorgaande jaar.

9.4 Indexatie van de uitkering:

Indien op het polisblad staat aangetekend dat er sprake is van indexatie van de uitkering, dan stijgt de uitkering jaarlijks met het percentage als vermeld op het polisblad. De stijging vindt telkens plaats na het verstrijken van een heel jaar gerekend vanaf de startdatum van de Eigen risicoperiode van de schade waarop de uitkering betrekking heeft. De uitkering is nooit hoger dan € 12.500,- per maand. Indien als gevolg van indexatie de uitkering de grens van € 12.500,- per maand zou overschrijden, blijft de uitkering gelijk aan het bedrag in het voorgaande jaar.

Bij beëindiging van de uitkering wordt de verzekering voortgezet met het verzekerd bedrag zoals dit van toepassing was voor de startdatum van de Eigen risicoperiode van de schade waarop de uitkering betrekking had. Indien er sprake is van samengestelde periodes van arbeidsongeschiktheid zoals beschreven in artikel 20.4 dan zal de jaarlijkse stijging van de uitkering worden voortgezet op basis van het verzekerd bedrag ten tijde van de initiële startdatum van de Eigen risicoperiode.

10. Begunstiging en aanvaarding

10.1 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen als gevolg van arbeidsongeschiktheid, zwangerschap van de verzekerde, adoptie en overlijden van de partner of kind van de verzekerde, zullen worden uitgekeerd aan de verzekeringnemer.

10.2 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen als gevolg van het overlijden van de verzekerde zullen worden uitgekeerd volgens de volgende begunstiging:

1. Verzekeringnemer;
2. Partner van de verzekerde;
3. Kind(eren) van de verzekerde;

4. Erfgenamen van de verzekerde: degenen die krachtens erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap, daaronder begrepen hun erfgenamen en rechtverkrijgenden onder algemene titel. Het onderlinge verdelen geschiedt in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn gerechtigd.

10.3 Hoger genummerde begunstigden komen in aanmerking voor een uitkering als gevolg van overlijden indien alle lager genummerde begunstigden ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden.

Gelijk genummerde begunstigden komen gezamenlijk in aanmerking voor een uitkering als gevolg van overlijden.

10.4 Indien een begunstigde overlijdt vóórdat een uitkering, waarvoor hij/zij is aangewezen, opeisbaar wordt, gaat zijn recht op een uitkering als gevolg van overlijden niet over op zijn erfgenaam of rechtverkrijgende.

10.5 Indien twee of meer begunstigden gezamenlijk in aanmerking komen, is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering als gevolg van overlijden in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.

10.6 Een begunstigde is onwaardig om de uitkering als gevolg van overlijden te ontvangen als begunstigde het risico met opzet of bewuste roekeloosheid teweeg heeft gebracht, of daaraan heeft meegewerkt, en de verzekeraar hiervan kennis heeft genomen.

11. Terugvordering

11.1 De verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen en alle in verband hiermee gemaakte kosten terug te vorderen.

12. Verhaal van kosten en belasting

- 12.1 De medische keuringskosten komen voor rekening van de verzekeringnemer indien de kandidaat-verzekerde na een medische keuring zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden doch de verzekeringnemer of de verzekerde hiervan afziet. Onder deze kosten vallen ook de kosten die worden gemaakt voor geneeskundig onderzoek in verband met het in kracht herstellen van de verzekering.
- 12.2 Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van de begunstigde.

13. Fraude

- 13.1 Fraude heeft tot gevolg dat:
- er geen uitkering zal plaatsvinden;
 - een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met alle gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd;
 - er aangifte wordt gedaan bij de politie;
 - de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 - er een registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

14. Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 14.1 De verzekeraar kan de premie en voorwaarden per contractvervaldag aanpassen. De nieuwe premie en/of voorwaarden gaan in op de ingangsdatum van de nieuwe contractperiode. De verzekeraar informeert de verzekeringnemer minimaal drie maanden voor de contractvervaldag over de wijziging van de premie en/of voorwaarden. Is de verzekerde op het moment van de aanpassing op

grond van deze voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering.

- 14.2 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dan wel uitzonderlijke omstandigheden zich voordoen die een wijziging van de premie en/of voorwaarden noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijs te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder of besluit van een bevoegde gerechtelijke instantie. De verzekeraar doet hiervan, minimaal drie maanden voor de vastgestelde datum, mededeling aan de verzekeringnemer, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk versprekend dagblad. Indien ingevolge gewijzigde wet- en/of regelgeving, rechtspraak of een besluit van een toezichthouder een eerdere datum is voorgeschreven doet de verzekeraar zo spoedig mogelijk mededeling aan verzekeringnemer. Is de verzekerde op het moment van de aanpassing op grond van deze voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering tenzij een dwingend verzekeringsvoorschrift anders bepaalt.

- 14.3 De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing naar de nieuwe premie en/of voorwaarden te weigeren, indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking. Geen recht van weigering bestaat indien het een verplichte wijziging betreft, die het rechtstreekse en uitsluitend gevolg is van gewijzigde wet- en/of regelgeving, rechtspraak of een besluit van een toezichthouder.



eenvoudig transparant

- 14.4 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 14.3 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, nadat de verzekeraar de mededeling heeft verzonden, schriftelijk informeren. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 14.1 en 14.2 bedoelde datum beëindigd.
- 14.5 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 14.3 omschreven recht, dan wordt hij/zij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe premie en/of voorwaarden.

15. Verval van rechten en verjaring

- 15.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze drie jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.
- 15.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

16. Adreswijzigingen, correspondentie en verwerking persoonsgegevens

- 16.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer, verzekerde en begunstigde(n) vindt uitsluitend in het Nederlands plaats.
- 16.2 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand kennis te geven van elke adreswijziging of wijziging van het e-mailadres van zowel de verzekeringnemer, de verzekerde als de premiebetaler. Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste, bij de verzekeraar

bekende, (e-mail)adres of bij ontbreken van een bekend adres aan het adres van de laatste, bij de verzekeraar bekende, tussenpersoon die bemiddeld heeft voor de totstandkoming van de verzekering.

- 16.3 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand te informeren indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of niet meer als zodanig staat ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP).
- 16.4 Bij een kennisgeving door de verzekeraar en/of administrateur aan een bij de verzekering belanghebbende kan worden volstaan met een niet-aangetekende brief of e-mail te verzenden aan het laatst door de belanghebbende aan de verzekeraar meegedeelde (e-mail)adres.
- 16.5 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer en bij de verzekering belanghebbenden worden geacht hen te hebben bereikt en zij worden geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).
- 16.6 Correspondentie aan de verzekeraar dient gericht te worden aan:
TAF B.V. (administrateur)
Postbus 4562
5601 EN Eindhoven
- 16.7 De verzekeraar en de administrateur verwerken persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor het aangaan of uitvoeren van een andere verzekering van dezelfde soort bij TAF, voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, voor audits, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, onze organisatie, medewerkers en cliënten.

Het is mogelijk dat persoonsgegevens worden doorgegeven aan een ontvanger in een land buiten de Europese Economische Ruimte. De verzekeraar en/of administrateur zal erop toezien dat een

dergelijke doorgifte in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving. De verzekeraar en/of administrateur blijft verantwoordelijk voor deze verwerkingen. Premieachterstand kan uit handen worden gegeven aan een incassobureau, dat persoonsgegevens gebruikt voor een kredietwaardigheidsbeoordeling. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorgdragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven die een passend verwerkingsniveau waarborgen. De verwerking van persoonsgegevens is in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Verder is op deze verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode is te vinden op www.verzekeraars.nl. Op www.taf.nl/privacy leest u meer over het verwerken van persoonsgegevens.

17. Meldingsplicht

17.1 In geval van de in artikel 4.4 en de in dit artikel vermelde situaties is de verzekeringnemer of nabestaande(n) verplicht, om de verzekeraar zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 2 maanden schriftelijk te informeren.

17.2 De verzekeraar moet geïnformeerd worden wanneer:

- a. de verzekerde zijn/haar beroep, zoals op de polis is vermeld, wijzigt, in zijn beroep andere werkzaamheden gaat doen of zijn werkzaamheden anders gaat verdelen;
- b. de verzekerde tijdelijk, maar voor langer dan 2 maanden naar het buitenland vertrekt en tijdens die periode wel ingeschreven blijft in de Basisregistratie Personen (BRP);
- c. de verzekerde, de partner van de verzekerde of een kind van de verzekerde dat de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, komt te overlijden;
- d. de verzekerde zijn/ haar bedrijf beëindigt of het bedrijf van verzekerde fuseert of splitst;

- e. de verzekerde op de hoogte is van het feit dat zijn/haar bedrijf surseance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard, dan wel de Wet Persoonlijke Schuldsanering op hem/haar van toepassing is.

17.3 De verzekeraar beoordeelt of de wijziging van invloed is op de polis en of deze door de verzekeraar geaccepteerd wordt. Indien de wijziging door de verzekeraar wordt geaccepteerd wordt de polis aangepast op grond van deze wijziging. Bij de bepaling van het recht op een uitkering en de mate van arbeidsongeschiktheid wordt uitgegaan van de aangepaste polis. Indien de wijziging niet door de verzekeraar geaccepteerd wordt, wordt de verzekering (en uitkering) per de datum van de wijziging beëindigd. De verzekeringnemer wordt schriftelijk over de aanpassing of beëindiging geïnformeerd.

Indien verzuimd is de verzekeraar in kennis te stellen wordt, zodra de wijziging bij de verzekeraar bekend is, alsnog beoordeeld of deze van invloed is op de polis en of de wijziging door de verzekeraar wordt geaccepteerd. Bij de bepaling van het recht op een uitkering en de mate van arbeidsongeschiktheid wordt uitgegaan van de aangepaste polis. Indien de wijziging niet door de verzekeraar geaccepteerd wordt, wordt de verzekering per de datum van de wijziging beëindigd en bestaat er geen recht (meer) op een uitkering.

17.4 De verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van een melding, indien aangetoond kan worden dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde termijn kon worden gedaan en de verzekeraar niet in zijn belangen is geschaad door de te late melding.

17.5 Indien niet aan de meldingsplicht wordt voldaan bestaat er geen recht op premierestitutie.

18. Klachtenbehandeling

- 18.1 Voor alle klachten over de uitvoering van deze overeenkomst geldt de onderstaande procedure:
- a. Interne klachtenprocedure:
Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de verzekeraar;

b. Klachten- en geschillenprocedure Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD):

De klacht kan bij het KiFiD worden ingediend, maar dat moet dan gebeuren binnen een jaar nadat de klacht aan de verzekeraar is voorgelegd of binnen drie maanden na de dagtekening van de brief of het bericht waarin de verzekeraar definitief schriftelijk het standpunt over de klacht kenbaar heeft gemaakt. De langste van deze twee termijnen geldt.

Belanghebbende kan zich wenden tot:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl

Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.

- 18.2 Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de in artikel 18.1 genoemde mogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies door het KiFiD.

19. Toepasselijk recht

- 19.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter.

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

- 20.1 Er is recht op een uitkering indien er op grond van deze voorwaarden sprake is van arbeidsongeschiktheid en de verzekerde zijn /haar werkzaamheden niet conform de uitkeringsdrempel, uit kan voeren. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met het feit of er geen of minder werk beschikbaar is.
- 20.2 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar overgaat tot het staken, opheffen of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, of zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar zijn aandelen daarin verkoopt, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid. Indien de verzekeraar voorafgaand toestemming heeft gegeven, wordt op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid beoordeeld.
- 20.3 De verzekerde dient in de 4 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week actief te zijn/haar beroep behorende werkzaamheden te hebben uitgevoerd. Indien aan bovengenoemde voorwaarde niet is voldaan als gevolg van vakantie of periodes tussen twee opdrachten dan dient de verzekerde in de 14 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid minimaal 8 weken voor tenminste 16 uur per week te zijn/haar beroep behorende werkzaamheden te hebben uitgevoerd. Indien aan bovengenoemde voorwaarden niet is voldaan dan bestaat er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.

20.4 Indien de verzekerde, nadat deze niet langer recht heeft op een uitkering, opnieuw arbeidsongeschikt wordt of het arbeidsongeschiktheidspercentage toeneemt tot 25% of meer geldt dat:

- Perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld waarbij er gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid geen recht bestaat op een uitkering.

20.5 Beoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van de dekkingskeuze van verzekerde. Er zijn twee dekkingskeuzes mogelijk: beroepsarbeid of passende arbeid. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.

20.6 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid: Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden die behoren bij en gebruikelijk zijn in het verzekerde beroep. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald op basis van het aantal uren dat verzekerde werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, inclusief overuren, werkte tot een maximum van 50 uur per week.

20.7 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid: Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van passende werkzaamheden. Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden in redelijkheid en volgens deskundigen (zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen) van hem of haar kunnen worden verlangd. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald op basis van het aantal uren dat verzekerde passende werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, inclusief overuren, werkte tot een maximum van 50 uur per week.

21. Uitkeringsdrempel arbeidsongeschiktheid

21.1 Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk is aan of meer is dan 25%.

22. Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid

22.1 De uitkeringsduur per schade is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode. De uitkeringsduur die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.

22.2 Uitkeringsduur:

Keuze	Maximaal aantal uitkeringen per schade
2 jaar:	24 maanden met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode
5 jaar:	60 maanden met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode
10 jaar:	120 maanden met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode
Einde looptijd:	Tot einddatum verzekering met aftrek van de gekozen Eigen risicoperiode

23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

23.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan.

23.2 Indien de verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid dan dient deze dit binnen 30 dagen kenbaar te maken aan de verzekeraar en aan te geven waarop het bezwaar is gebaseerd. De verzekeraar neemt het bezwaar in behandeling en probeert samen met de verzekerde tot een oplossing te komen. Lukt dit niet dan kan verzekerde binnen 30 dagen nadat de verzekeraar haar standpunt aan de verzekerde kenbaar heeft gemaakt verzoeken om een contra-

expertise (second opinion) uit te laten voeren. In overleg tussen de verzekeraar en verzekerde wordt bepaald op welke wijze de contra-expertise uitgevoerd wordt. De kosten van de contra-expertise worden door de verzekeraar vergoed.

De uitslag van de contra-expertise is zowel voor de verzekeraar als voor de verzekerde bindend. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid hoger of lager blijkt dan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals in eerste instantie bepaald door de verzekeraar, dan wordt de uitkering met terugwerkende kracht aangepast aan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald tijdens de contra-expertise.

Verzekeraar kan ervoor kiezen om niet mee te werken aan een second opinion in het geval dat het uitvoeren van een second opinion in redelijkheid niet tot een ander standpunt kan leiden of indien het verzoek van verzekerde om een andere reden onredelijk is.

Indien verzekerde zelf zonder overleg en toestemming van de verzekeraar een deskundige inschakelt voor een contra-expertise dan is de uitkomst van het onderzoek niet bindend voor de verzekeraar. De kosten van dit onderzoek worden niet vergoed door de verzekeraar.

- 23.3 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevend uitkering. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

24. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 24.1 Indien er recht bestaat op een uitkering bedraagt het uitkeringspercentage bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- | | |
|--------------|--------------------------------------|
| 0% tot 25%: | 0% van het verzekerde maandbedrag; |
| 25% tot 35%: | 30% van het verzekerde maandbedrag; |
| 35% tot 45%: | 40% van het verzekerde maandbedrag; |
| 45% tot 55%: | 50% van het verzekerde maandbedrag; |
| 55% tot 65%: | 60% van het verzekerde maandbedrag; |
| 65% tot 80%: | 75% van het verzekerde maandbedrag; |
| 80% of meer: | 100% van het verzekerde maandbedrag. |

- 24.2 Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert voor arbeidsongeschiktheid op basis van meer dan één polis bij de verzekeraar.

25. Uitsluitingen arbeidsongeschiktheid

- 25.1 Voor deze verzekering geldt dat er, naast de elders in de voorwaarden genoemde beperkingen en/of uitsluitingen, geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid:
- a. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
 - b. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of verdovende middelen, en/of bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen, en/of het gebruik van geneesmiddelen anders dan op medisch voorschrift;
 - c. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
 - d. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het niet voldoen aan gestelde veiligheidsvoorschriften;
 - e. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf of anderen te redden;
 - f. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;

g. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, in stand gehouden wordt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt;

h. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van, het plegen van een strafbaar feit;

i. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door –hetzij direct, hetzij indirect - een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd onder nummer 136/1981;

j. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeit is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;

k. Gedurende de periode dat de verzekerde in Nederland of in het buitenland in voorlopige hechtenis is genomen, Ter Beschikking Stelling (TBS) opgelegd heeft gekregen en/of gevangenisstraf uitzit of de ziekte of arbeidsongeschiktheid tijdens deze periode is ontstaan;

l. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van een poging tot zelfdoding.

25.2 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat als de verzekeraar (of de moedermaatschappij van de verzekeraar, directe of indirecte houdstermaatschappij) het risico loopt blootgesteld te worden aan een boete of beperking die voortvloeit uit de van toepassing zijnde wet- en regelgeving op het gebied van handel en economische sancties. Dit omvat mede

extraterritoriale sancties en/of beperkingen zolang deze niet in tegenspraak zijn met de wetten die van toepassing zijn op de verzekeraar.

26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

26.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 30 dagen na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, kan de Eigen risicoperiode verlengd worden met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden.

Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.

26.2 Het formulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.

26.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:

a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd (huis)arts, specialist, psycholoog of psychiater te stellen, onder behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelaar en/of medisch adviseur en/of arbeidsdeskundige van de verzekeraar op te volgen totdat verzekerde weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkherleving of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkherleving of re-integratie kan verhinderen of vertragen;

b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen(huis)arts, specialist, psycholoog, psychiater en/of (arbeids) deskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot

de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval en/of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken;

c. Alle door de verzekeraar gevraagde gegevens en informatie aan hem of aan door hem aangewezen deskundigen (laten) verstrekken of de daartoe benodigde machtigingen verlenen. En daarbij geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor stellen;

d. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van gehele of gedeeltelijke werkhervatting, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;

e. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;

f. Vooraf tijdig overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn/haar bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;

g. Alle medewerking te verlenen aan re-integratie en aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het verzekerde beroep die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn/haar herstel en vermindering van zijn/haar arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de verzekeraar het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid, dan wel de uitkering te beëindigen.

26.4 Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

27.1 Een uitkering eindigt:

a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de uitkeringsdrempel niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;

b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.4 of 4.5 van deze voorwaarden;

c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 22, is verstreken;

28. Voorlopige dekking

28.1 In afwijking van artikel 4.2 geldt dat, vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen tot aan de ingangsdatum van de verzekering de verzekerde risico's zijn gedekt voor arbeidsongeschiktheid als deze arbeidsongeschiktheid direct en uitsluitend het gevolg is van een ongeval.

28.2 De voorlopige dekking eindigt:

a. op de ingangsdatum van de aangevraagde verzekering die op het polisblad staat vermeld;

b. op de datum dat de verzekeraar het bericht heeft verzonden dat de aangevraagde verzekering komt te vervallen of niet wordt geaccepteerd;

c. op de datum dat de verzekeraar schriftelijk over de beëindiging van de voorlopige dekking bericht aan de verzekeringnemer;

d. uiterlijk drie maanden nadat de administrateur het aanvraagformulier voor de verzekering heeft ontvangen.

28.3 Er is, naast de elders in de voorwaarden genoemde beperkingen en/of uitsluitingen geen sprake van voorlopige dekking:

- voor op de aanvraagdatum bestaande ziektes, klachten en/of aandoeningen;

- indien verzekerde eerder voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering is afgewezen of vanwege medische redenen niet op normale voorwaarden is geaccepteerd;
- als verzekeringnemer het voorstel van de verzekeraar ontvangt en dit voorstel niet binnen de geldigheidstermijn accepteert.

28.4 Als de verzekerde elders reeds voor arbeidsongeschiktheid is verzekerd dan geldt de voorlopige dekking onder de voorwaarde dat de uitkering uit deze verzekering wordt verminderd met de uitkering die verzekerde nog vanuit de bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekering ontvangt.

29. Fiscaliteit en betaling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

29.1 De premie voor arbeidsongeschiktheid is fiscaal aftrekbaar. De uitkering van het verzekerd maandbedrag geschiedt maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering.

30. Vergoeding re-integratiekosten

30.1 ventuele re-integratiekosten worden door de verzekeraar geheel of gedeeltelijk vergoed indien:

- a. Het gaat om redelijke kosten die gemaakt worden om arbeidsongeschiktheid te verminderen en de hervatting van de werkzaamheden te bevorderen;
- b. De kosten zijn gemaakt na voorafgaande beoordeling en goedkeuring door de verzekeraar;
- c. Er elders geen recht bestaat op vergoeding van deze kosten;
- d. De kosten niet behoren tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling en/of revalidatie.

31. Zwangerschap/bevalling

31.1 Voor de vrouwelijke verzekerde voorziet deze verzekering in een periodieke zwangerschaps-/bevallingsuitkering die 100% van het verzekerde maandbedrag bedraagt, gedurende een periode van 16 weken.

31.2 Op de uitkering bestaat alleen recht indien:

- a. De vermoedelijke bevallingsdatum minimaal twee jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt;
- b. De zwangerschap minimaal 24 weken heeft geduurd.

31.3 De verzekerde dient de uitkering minimaal drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum en maximaal drie maanden na de daadwerkelijke bevalling aan te vragen door een verklaring van een onafhankelijke arts of verloskundige die de zwangerschap begeleidt te overleggen, waarin de vermoedelijke bevallingsdatum wordt vermeld.

31.4 Het recht op uitkering gaat in zes weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt op de dag van de bevalling. Indien op enig moment op grond van deze verzekering zowel recht zou bestaan op een arbeidsongeschiktheidsuitkering als op een zwangerschaps-/bevallingsuitkering zal de periodieke uitkering gedurende deze periode nooit meer bedragen dan 100% van het verzekerde maandbedrag.

31.5 Indien de verzekeringnemer de verzekering heeft opgezegd, vervalt het recht op een uitkering uit hoofde van de zwangerschap per de datum waarop de polis wordt beëindigd.

32. Adoptie

- 32.1 Bij adoptie van één of meerdere kinderen voorziet deze verzekering, eenmalig tijdens de looptijd van de verzekering, in een uitkering ter hoogte van tweemaal het verzekerd maandbedrag. Om voor de uitkering in aanmerking te komen moet de adoptiedatum minimaal twee jaar na de ingangsdatum van de verzekering liggen.

Het recht op uitkering gaat in op de datum waarop het bewijs van adoptie wordt aangeleverd aan de verzekeraar. De verzekerde is verplicht dit bewijs zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen drie maanden na de adoptiedatum aan te leveren. Indien het bewijs niet tijdig wordt aangeleverd vervalt het recht op de uitkering.

33. Uitkering bij overlijden

- 33.1 Overlijdt de verzekerde gedurende de periode dat deze een uitkering bij arbeidsongeschiktheid ontvangt dan vindt, in afwijking van hetgeen in artikel 4.4 is vermeld, nog een uitkering plaats ter hoogte van driemaal het verzekerde maandbedrag.
- 33.2 Overlijdt de verzekerde voor de einddatum van de verzekering, maar is er op dat moment geen sprake van arbeidsongeschiktheid en is het overlijden direct en uitsluitend het gevolg van een ongeval, dan vindt een uitkering plaats ter hoogte van driemaal het verzekerd maandbedrag.
- 33.3 Overlijdt de partner van de verzekerde dan wel een kind van de verzekerde, dat de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, voor de einddatum van de verzekering dan vindt, indien het overlijden direct en uitsluitend het gevolg is van een ongeval, een uitkering plaats ter hoogte van driemaal het verzekerd maandbedrag. Er is maximaal één keer gedurende de looptijd van de verzekering recht op een uitkering op grond van dit lid.
- 33.4 Indien de verzekerde uitkering bij overlijden opeisbaar is geworden, gaat de verzekeraar tot uitkering over, zodra de verzekeraar stukken ontvangen heeft waardoor naar haar oordeel bewezen wordt dat en aan wie enige uitkering verschuldigd is.

- 33.5 Over gedane uitkeringen wordt geen rente vergoed.

- 33.6 De uitkering als gevolg van overlijden wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van de verzekeringnemer komen.

- 33.7 Betaling van de uitkering als gevolg van overlijden geschiedt door bijschrijving op een door de rechthebbende aangewezen rekening bij een in Nederland dan wel in een andere lidstaat van de Europese Unie gevestigde bankinstelling, in een wettig Nederlands betaalmiddel.

34. Uitsluitingen overlijden

- 34.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering als gevolg van overlijden bestaat indien:

- a. de verzekerde, partner of kind van de verzekerde, door een misdrijf van een begunstigde en/of door opzettelijk toedoen, opzettelijke nalatigheid of grove schuld van een begunstigde om het leven is gekomen; één en ander geldt slechts voor zover de uitkering direct/indirect deze begunstigde ten goede zou komen;
- b. het overlijden het gevolg is van:
 - deelname aan gevechtshandelingen als militair in oorlogsgebieden tijdens oorlogsmissies en humanitaire missies;
 - zelfdoding of een poging daartoe. Dit geldt echter alleen als de (poging tot) zelfdoding heeft plaatsgevonden binnen twee jaar na de ingangsdatum of weer in werking stellen van de verzekering. De wil en/of geestestoestand waarin de verzekerde verkeerde, wordt in de beoordeling van de daad of het overlijden ten gevolge daarvan buiten beschouwing gelaten. Het voorgaande is niet van toepassing indien het overlijden van de verzekerde het gevolg is van euthanasie met inachtneming van de door wet en/of rechtspraak daaraan gestelde normen.



eenvoudig transparant

35. Verplichtingen bij overlijden

- 35.1 Het verzekerd bedrag als gevolg van overlijden wordt uitbetaald nadat de volgende stukken door de verzekeraar zijn ontvangen en het recht op uitkering door de verzekeraar is vastgesteld:
- a. Een origineel uittreksel uit het overlijdensregister of ander wettig bewijs van overlijden;
 - b. Een verklaring van de begunstigde en/of arts over de oorzaak van de dood;
 - c. Een schriftelijk verzoek tot uitbetaling met de naam en de geboortedatum van de begunstigde(n), een kopie identiteitsbewijs, het eigen bankrekeningnummer en een kopie bankafschrift of bankpas;
 - d. Indien aanspraak wordt gemaakt op een uitkering bij overlijden als bedoeld in artikel 33.2 of 33.3: een verklaring over de oorzaak en omstandigheden van het overlijden. Bij deze melding dienen bijzonderheden te worden meegedeeld, waaronder aard, plaats, tijd en oorzaak van het ongeval en de omstandigheden waaronder het ongeval plaatsvond.
- 35.2 De ingeleverde stukken kan de verzekeraar als haar eigendom behouden. De verzekeraar kan aanvullende inlichtingen of bewijzen verlangen of deze zelf inwinnen, als dit ter vaststelling van het recht op een uitkering of de omvang van de uitkering nodig wordt geacht. Zolang de verzekeraar deze inlichtingen of bewijzen niet heeft ontvangen is zij gerechtigd een uitkering op te schorten.
- 35.3 De verzekeraar is slechts tot uitkering gehouden tegen een door alle rechthebbenden, respectievelijk hun wettelijke vertegenwoordigers gezamenlijk ondertekende algehele kwijting.
- 35.4 Als de verzekerde of nabestaande nalaat om de verzekeraar uiterlijk binnen twee maanden melding te geven van het overlijden van de verzekerde, partner of kind van de verzekerde, is de verzekeraar gerechtigd de uitkering achterwege te laten.