



Polisvoorwaarden **TAF GoedGezekerd AOV**

De TAF GoedGezekerd AOV is de betaalbare arbeidsongeschiktheidsverzekering die u voor korte of langere tijd een vangnet biedt als u arbeidsongeschikt raakt. Met ruime keuzemogelijkheden voor onder meer uitkeringsduur, wachttijd en uitkeringsgrens. U bepaalt wat het beste bij u past, u heeft de touwtjes in handen.

Uw TAF GoedGezekerd arbeidsongeschiktheidsverzekering is een overeenkomst tussen de verzekeraar en u. Bij deze overeenkomst horen verzekeringsvoorwaarden ofwel polisvoorwaarden.

In de polisvoorwaarden leest u wat u precies verzekert en wat de rechten en verplichtingen van zowel de verzekeraar als uzelf zijn. De polisvoorwaarden maken onderdeel uit van de polis die de verzekeraar afgeeft.

versie QL GG 12-2012



eenvoudig transparant



eenvoudig transparant

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aantoonbare, vaste maandelijkse last:

Een aantoonbare, vaste maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt die toe te rekenen is aan de verzekerde. De aantoonbare, vaste maandelijkse last is ten behoeve van het verblijf van de verzekerde in Nederland en is in Nederland verschuldigd.

Onder aantoonbare vaste lasten in privé kan onder andere worden verstaan: bruto hypotheeklasten, huurlasten, energielasten, verzekeringspremies, leasekosten, abonnementskosten. Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder aantoonbare vaste lasten zijn: elke vorm van belasting, brandstofkosten, onderhoudskosten, kosten voor persoonlijk onderhoud, kredietlasten.

Onder aantoonbare vaste zakelijke lasten kan onder andere worden verstaan: bruto hypotheeklasten of huurlasten van een bedrijfspand, abonnementskosten, leasekosten.

Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder vaste zakelijke lasten zijn: personeelskosten, elke vorm van belasting, brandstofkosten, onderhoudskosten, reclamekosten, kredietlasten en/of kosten van een rekening courant.

Aanvraagformulier:

Het document dat door de verzekeringnemer is ondertekend en dat tot de polis heeft geleid.

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:

De tijdelijke of blijvende onmogelijkheid van verzekerde om de eigen arbeid, dan wel de in deze algemene voorwaarden vermelde passende arbeid, in het voor het recht op uitkering in deze algemene voorwaarden relevante percentage te kunnen verrichten als gevolg van ziekte en/of ongeval waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan vier weken worden samengeteld. Onder ziekte en ongeval wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijvingen als ziekte en ongeval is gedefinieerd.

Arts:

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 is.

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 voorwendzelen.

Gebrek:

Een lichamelijke en of geestelijke tekortkoming, het zo zijn.

Inkomen:

- Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep:
De belastbare winst uit onderneming en 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 fiscale toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.
- Voor de directeur-grotaandeelhouder:
Het belastbare loon van de directeur-grotaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het aan de directeur-grotaandeelhouder 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 die vóór, of gelijktijdig met, het ondernemerschap werden verdiend. Inkomsten uit loondienst blijken uit de jaaropgave(n).



eenvoudig transparant

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Dit betekent dat in relatie tot ziekte of letsel er stoornissen bestaan die door een arts objectief medisch zijn vastgesteld en die leiden tot objectieveerbare beperkingen voor arbeid. Bij de beoordeling hiervan laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs, welke staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV). Ziektes, aandoeningen, klachtenbeelden en syndromen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen, zijn:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten daarvan;
- Fibromyalgie en equivalenten daarvan;
- Postviraal syndroom, waaronder ook specifieke klachten na de acute fase van de ziekte van Lyme en Q-koorts;
- Aspecifieke RSI;
- Whiplash en het post-whiplashsyndroom;
- Post-commotioneel syndroom;
- Bekkeninstabiliteit;
- Chronisch pijnsyndroom zonder onderliggende medisch te objectiveren afwijking;
- Orgaanneurose, Da Costa syndroom;
- Environmental Distress Syndrome (EDS) en equivalenten daarvan.

Ongeval:

Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf en ongewild op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend en zonder medewerking van andere oorzaken zijn overlijden of een geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft. Onder ongeval wordt ook verstaan:

- Verdrinking, verstikking, verbranding, zonnesteek, warmtestuwing, inwerking van bijtende stoffen, bevriezing, blikseminslag of andere elektrische ontlading;
- Acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen of stoffen;
- Wondinfectie of bloedvergiftiging, beide ontstaan in verband met een ongeval;
- Letsel of een aantasting van de gezondheid opzettelijk en tegen de wil van de verzekerde door een ander veroorzaakt;
- Besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen, ten gevolge van een onvrijwillige aanraking met water of een andere stof;
- Ontberingen door de verzekerde, geleden ten gevolge van een onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- Complicaties en verergeringen optredende bij, ten gevolge van een ongeval noodzakelijk geworden, eerste hulpverlening en/of behandelingen, die door of op voorschrift van een arts zijn verricht;
- Miltvuur, schurft, ringworm, koepokken, mond- en klauwzeer en de ziekte van Bang.

Polis:

Het polisblad, de algemene voorwaarden, de van toepassing verklaarde bijzondere voorwaarden en de van toepassing verklaarde clausules en de polisaanhangsels.

Psycholoog:

Een in Nederland gevestigde psycholoog die staat ingeschreven in het BIG register en die niet zelf de verzekerde of verzekeringnemer is.

Verzekeraar:

Quantum Leben AG, statutair gevestigd te Vaduz, Liechtenstein, in Nederland vertegenwoordigd door de administrateur.



eenvoudig transparant

Verzekerde:

De op het polisblad genoemde natuurlijke persoon bij wiens overlijden en/of arbeidsongeschiktheid 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. Deze persoon woont gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland en staat ingeschreven in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA).

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag met een minimum van € 100,- en een maximum van € 9.000,- per verzekerde.

Verzekeringnemer:

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

Wachttijd/eigen risico periode:

De periode waarover de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De wachttijd is van toepassing op elke nieuwe claim en gaat in op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

Ziekte of letsel:

Onder ziekte of letsel wordt verstaan het aanwezig zijn van objectief aantoonbare, niet aangeboren stoornissen in de vorm of functie van het menselijk organisme. Deze stoornissen dienen door een deskundige arts te zijn vastgesteld en binnen diens beroepsgroep algemeen wetenschappelijk als stoornis te zijn erkend.

2. Strekking van de verzekering

2.1 Uitkering bij overlijden:

Deze verzekering heeft tot doel aanspraak te verlenen op een maandelijkse uitkering, welke gebaseerd is op het verzekerd maandbedrag in het geval de verzekerde overlijdt.

2.2 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid:

Deze verzekering heeft tot doel een uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar arbeidsongeschiktheid.

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.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

4.1 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.

4.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad, per aangetekend schrijven, te retourneren aan de administrateur. De verzekeraar zal in dat geval de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.



eenvoudig transparant

4.3 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:

- a. Op de einddatum van de verzekering zoals vermeld op het polisblad;
- b. Op de datum van het overlijden van de verzekerde;
- c. Op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer is ingeschreven in de GBA;
- d. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
- e. Indien de verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
- f. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet en dit niet het gevolg is van zijn of haar arbeidsongeschiktheid;
- g. Indien de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

4.4 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens één jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen.

4.5 Een claim ontstaat uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de aangegeven beëindigingdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering tot aan de aangegeven beëindigingdatum.

4.6 Een verzekering kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

5. Uitkering bij overlijden

5.1 Voor de dekking bij overlijden zijn de algemene voorwaarden QL GG NB 12-2012 van toepassing. De polisvoorwaarden zijn te downloaden via www.taf.nl/polisvoorwaarden. In geval van enig dispuut prevaleren de voorwaarden QL GG NB 12-2012 boven de voorwaarden QL GG 12-2012.

6. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

6.1 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is arbeidsongeschiktheid aanwezig indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden.

6.2 Van arbeidsongeschiktheid is tevens sprake indien verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, conform de gekozen uitkeringsdrempel, indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische ziekte met een GAF-score van 1 tot 50 zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie. Deze psychiatrische ziekte dient definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de laatst bekende DSM-classificatie door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater. De oorzaak van de psychiatrische ziekte dient in de periode na de ingangsdatum van deze verzekering te liggen.

6.3 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid overgaat tot het staken, opheffen (tevens faillissement) of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid.



eenvoudig transparant

6.4 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid:

De dag waarop de verzekerde, conform de gekozen uitkeringsdrempel, zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en de lichamelijke ziekte en/of ongeval op basis van objectief te meten medische gronden door een bevoegd arts is vastgesteld. Aanvullend geldt dat alvorens recht op uitkering ontstaat bij arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een psychiatrische ziekte, de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een psycholoog of psychiater, waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat de intake niet wordt gezien als medische behandeling, en dat de psychiatrische ziekte definitief gediagnosticeerd dient te zijn door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater.

6.5 De verzekerde dient in de 4 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat.

6.6 Indien de verzekerde na afwijzing of beëindiging van een claim opnieuw arbeidsongeschikt wordt geldt het volgende:

- 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.
- Bij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van 4 weken of meer, geldt dat er uitsluitend opnieuw recht op uitkering kan ontstaan als door verzekeraar is vastgesteld dat verzekerde voorafgaand aan de nieuwe eerste dag van arbeidsongeschiktheid gedurende tenminste 4 aaneengesloten weken volledig betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen.

6.7 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.

6.8 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid:

Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kan worden verlangd. Aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden, evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de eigen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.

6.9 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 kunnen worden verlangd. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderd inkomen en met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door 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 normaal, dus inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.

6.10 Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal verzekeraar vaststellen of en in hoeverre deze wijziging acceptabel is en de polis daaraan aanpassen. De vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid zal dan conform het aangepaste polisblad plaatsvinden.



eenvoudig transparant

7. Uitkeringsdrempel

7.1 Het recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van de gekozen uitkeringsdrempel. Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk is aan of meer bedraagt dan de gekozen uitkeringsdrempel. De uitkeringsdrempel die van toepassing is op de verzekering staat vermeld op het polisblad.

7.2 Bij aanvang van de verzekering is er de keuze uit één van de onderstaande uitkeringsdrempels:

- 25% of meer;
- 35% of meer;
- 45% of meer;
- 55% of meer;
- 65% of meer;
- 80% of meer.

8. Uitkeringsduur

8.1 De uitkeringsduur per claim is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur met aftrek van de gekozen wachttijd. De uitkeringsduur die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.

8.2 Uitkeringsduur:

| Keuze: | Maximaal aantal uitkeringen per claim: |
|----------------|---|
| 1 jaar | 12 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 2 jaar | 24 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 3 jaar | 36 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 4 jaar | 48 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 5 jaar | 60 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 6 jaar | 72 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 7 jaar | 84 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 8 jaar | 96 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 9 jaar | 108 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| 10 jaar | 120 mnd met aftrek van de gekozen wachttijd |
| Einde looptijd | Tot einddatum verzekering met aftrek van de gekozen wachttijd |

9. Vaststelling van de uitkering

9.1 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.

Arbidsongeschiktheid welke het directe of indirecte gevolg is van een gebrek of de invloed van het gebrek op de arbeidsongeschiktheid zullen bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing gelaten worden.

9.2 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.

10. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

10.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens de gekozen uitkeringsdrempel als omschreven in artikel 7.1 en 7.2 bedraagt de hoogte van de uitkering 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.

10.2 Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van verzekerde vermeerderd met € 750,- voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten. Indien het verzekerde maandbedrag bij aanvang van de verzekering hoger is dan € 2.500,- dan geldt aanvullend dat het verzekerde maandbedrag niet hoger mag zijn dan 85% van het gemiddelde inkomen per maand van de verzekerde van de voorgaande 3 kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum.



eenvoudig transparant

10.3 Op het moment dat er binnen vijf jaar na de ingangsdatum van de verzekering aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering heeft de verzekeraar het recht om het verzekerde maandbedrag en daarmee de uitkering te verlagen indien:

- blijkt dat het verzekerd maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto aantoonbare maandlasten van de verzekerde (rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijkse last van maximaal € 750,-) of
- het verzekerd maandbedrag bij aanvang van de verzekering hoger is dan € 2.500,- en blijkt dat het verzekerd maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger is dan 85% van het gemiddelde inkomen van verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren.

10.4 Indien de verzekeraar op basis van artikel 10.3 het recht heeft het verzekerd bedrag te verlagen dan geldt dat het verzekerd bedrag wordt verlaagd tot:

- de aantoonbare vaste maandelijkse lasten vermeerderd met € 750,- voor niet aantoonbare lasten direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid indien dit minder bedraagt dan het verzekerd maandbedrag op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid en/of
- 85% van het gemiddelde inkomen over de drie kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid indien dit minder bedraagt dan het verzekerd maandbedrag op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

Er bestaat geen recht op restitutie van de premie over het achteraf te hoog verzekerde maandbedrag.

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

11. Indexatie

11.1 Op het polisblad staat aangetekend of en op welke wijze de verzekering wordt geïndexeerd. Bij aanvang van de verzekering heeft de verzekeringnemer de keuze tussen:

- indexatie van het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering, of
- indexatie van alleen de uitkering.

11.2 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 stijgt het verzekerd bedrag, de uitkering en de premie jaarlijks met het percentage als vermeld op het polisblad. De stijging vindt plaats telkens na het verstrijken van een heel jaar gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

11.3 Indexatie van alleen 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 plaats telkens na het verstrijken van een heel jaar gerekend vanaf de startdatum van de eigen risico periode van de claim waarop de uitkering betrekking heeft. Bij beëindiging van de uitkering wordt de verzekering voortgezet met het verzekerd bedrag zoals dit van toepassing was voor de startdatum van de eigen risico periode van de claim waarop de uitkering betrekking had. Indien er sprake is van samengestelde periodes van arbeidsongeschiktheid zoals beschreven in artikel 6.6 dan zal de jaarlijkse stijging van de uitkering worden voortgezet op basis van de initiële startdatum van de eigen risico periode.

11.4 Indexatie bij aanvang van de verzekering is mogelijk tot een verzekerd bedrag bij aanvang van de verzekering van € 5.000,- per maand. De jaarlijkse stijging van het verzekerd bedrag, de uitkering en de premie stopt altijd bij het bereiken van het maximaal toegestaan verzekerd bedrag van € 9.000,- per maand.



eenvoudig transparant

12. Vergoeding reïntegratiekosten

12.1 Eventuele reïntegratiekosten worden door de verzekeraar geheel of gedeeltelijk vergoed. Onder reïntegratiekosten wordt onder andere verstaan: arbeidsdeskundige hulp en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Deze kan onderzoek, advisering en begeleiding bij aanpassing van de beroepswerkzaamheden en de bedrijfsvoering omvatten, die het herstel bevorderen en/of de arbeidsongeschiktheid verminderen. Ook kosten van herplaatsing, aanpassingen, revalidatie en her-/omscholing die buiten de normale kosten van geneeskundige behandeling vallen, kunnen voor vergoeding in aanmerking komen.

12.2 Voor het vergoeden van deze reïntegratiekosten gelden de volgende regels:

- a. Het gaat om redelijke kosten die noodzakelijkerwijs gemaakt moeten worden om arbeidsongeschiktheid te verminderen en het terugkeren in het arbeidsproces te bevorderen;
- b. De kosten zijn gemaakt na voorafgaande beoordeling en goedkeuring door de verzekeraar;
- c. Er bestaat niet uit andere hoofde recht op vergoeding van deze kosten;
- d. De kosten behoren niet tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling en/of revalidatie.

13. Zwangerschap/bevalling

13.1 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.

13.2 Op de uitkering bestaat alleen recht indien:

- a. De vermoedelijke bevallingsdatum minimaal 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt;
- b. De zwangerschap minimaal 26 weken heeft geduurd;

13.3 De verzekerde dient de uitkering minimaal 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen door een verklaring van de arts of verloskundige die de zwangerschap begeleidt te overleggen, waarin de vermoedelijke bevallingsdatum wordt vermeld.

13.4 Het recht op uitkering gaat in 6 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.

14. Algemene uitsluitingen

14.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid of het klachtenpatroon, de ziekte en/of letsel die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft, is aangevangen binnen 30 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het directe en uitsluitend gevolg is van een ongeval. Dit artikel is niet van toepassing indien:
 - de verzekering wordt gesloten als voortzetting van een eerder bij TAF gesloten verzekering tegen het risico van arbeidsongeschiktheid waarbij geldt dat de ingangsdatum van de eerder gesloten verzekering minimaal één jaar vóór de ingangsdatum van de nieuwe verzekering ligt;
 - de verzekering wordt gesloten als voortzetting van een verzekering tegen het risico van arbeidsongeschiktheid bij een derde verzekeraar indien uit een verklaring van die verzekeraar blijkt dat er gedurende het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekering geen aanspraak is gemaakt op een uitkering.
- b. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of van verdovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
- d. 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;



eenvoudig transparant

- e. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door orgaandonatie;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het niet voldoen aan gestelde veiligheidsvoorschriften;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van deelname van de verzekerde aan of diens training voor vechtsport, onderwatersport, bergbeklimming of enige andere klimsport, alle deelname aan snelheidswedstrijden anders dan te voet, alsmede alle vormen van verplaatsing door de lucht waaronder tevens parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten wordt verstaan. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of het gevolg is van verplaatsing door de lucht als betalend passagier of personeel van een commerciële luchtvaartmaatschappij dan bestaat er wel recht op een uitkering;
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- i. 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;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.
- k. 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;
- l. 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, mouterij 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 gedeponereerd onder nummer 136/1981;
- m. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- n. Gedurende de periode dat de verzekerde in Nederland of in het buitenland in voorlopige hechtenis is genomen, Ter Beschikking Stelling opgelegd heeft gekregen en/of gevangenisstraf uitdijt of de ziekte of arbeidsongeschiktheid tijdens deze periode is ontstaan.

15. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 15.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de wachttijd of, indien de wachttijd langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, wordt de wachttijd verlengd met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 15.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.



eenvoudig transparant

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

- a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende artsen en/of medisch adviseur en/of arbeidsdeskundige van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkhervatting of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkhervatting of re-integratie kan verhinderen of vertragen;
- b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen huisarts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige 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, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
- c. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
- d. Indien het verzekerd bedrag bij aanvang van de verzekering € 2.500,- of meer bedraagt en de eerste dag van arbeidsongeschiktheid ligt binnen 5 jaar, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, is verzekerde verplicht om inkomensbescheiden te overleggen van de drie kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekering;

- e. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de aantoonbare vaste maandlasten noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld, maar uitdrukkelijk niet daartoe beperkt, rekeningafschriften. Ook is verzekerde verplicht om op verzoek van de verzekeraar een opgave te doen van het inkomen over de afgelopen drie kalenderjaren en de benodigde financiële stukken ter inzage te geven;
- f. 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;
- g. Alle medewerking te verlenen aan re-integratie en alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om door middel van aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuiving binnen het eigen bedrijf weer werkzaamheden te verrichten;
- h. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
- i. Vooraf tijdig overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;
- j. Alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn 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.



eenvoudig transparant

15.4 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.

16. Einde van de uitkering

16.1 Een uitkering eindigt:

- a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
- b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 of 4.4 van deze voorwaarden;
- c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 8, is verstreken;
- d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 15 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

17. Wijziging verzekerd maandbedrag

17.1. Verzekeringnemer heeft het recht zonder medische waarborgen het verzekerde bedrag op de polisvervaldatum met maximaal 10% per jaar te verhogen (de zogenaamde optiedatum). Op de verhogingen zijn de op dat moment geldende tarieven van toepassing.

17.2 Op deze verhoging bestaat geen recht als:

- verzekerde de 55-jarige leeftijd heeft bereikt;
- verzekerde 6 maanden of korter voorafgaande aan de optiedatum geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is of arbeidsongeschikt is geweest;
- het verzekerde bedrag het maximum heeft bereikt van € 9.000,- per maand.

17.3 De verzekeringnemer heeft jaarlijks op de optiedatum het recht zonder opgaaf van redenen de verzekerde bedragen met maximaal 25% te verlagen.

17.4 De verzekeringnemer dient uiterlijk 30 dagen voor de optiedatum zijn verzoek tot verhoging of verlaging schriftelijk kenbaar te maken aan de verzekeraar.

17.5 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.

17.6 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een claim van de verzekerde die op de datum van de verzochte wijziging in behandeling is.

18. Voorlopige dekking

18.1 In afwijking van artikel 4.1 geldt dat, gedurende een periode van maximaal 3 maanden te rekenen vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen, de verzekerde voorlopig gedekt is voor arbeidsongeschiktheid als het directe en uitsluitende gevolg van een ongeval.

18.2 Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden, en in het bijzonder de algemene uitsluitingen zoals vastgelegd in artikel 14 van deze voorwaarden, van toepassing.

18.3 De voorlopige dekking eindigt:

- a. op de ingangsdatum van de aangevraagde verzekering die op het polisblad staat vermeld;
- b. indien de aangevraagde verzekering komt te vervallen of niet wordt geaccepteerd;
- c. indien de verzekeraar schriftelijk over de beëindiging van de voorlopige dekking bericht aan de verzekeringnemer;
- d. uiterlijk 3 maanden na de datum dat de administrateur het aanvraagformulier voor de verzekering heeft ontvangen.



eenvoudig transparant

19. Fiscaliteit en betaling van de uitkering

19.1 Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering.

19.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de wachttijd heeft geduurd. De uitkering zal zolang er recht bestaat op een uitkering conform deze voorwaarden voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.

20. Premiebetaling

20.1 Voor deze verzekering is de eerste premie verschuldigd bij afgifte van de polis. Iedere volgende premie is op de premievervaldatum verschuldigd. De premie wordt automatisch geïncasseerd van de opgegeven Nederlandse bank- of girorekening. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.

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

20.3 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 vanaf de ingangsdatum geschorst 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.

20.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen 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.

20.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt.

20.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen.

20.7 Premievrijstelling:
Zolang de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ontvangt na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, zal de verzekeraar vanaf de 366e dag van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verlenen naar evenredigheid van het uitkeringspercentage. De verrekening inzake premierestitutie zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.

20.8 Einddatum premiebetaling:
Afhankelijk van de gekozen wachttijd eindigt de premiebetaling voor het einde van de looptijd van de verzekering als vermeld op het polisblad.

a. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 30 dagen eindigt de premiebetaling 1 maand voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

b. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 60 dagen eindigt de premiebetaling 2 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

c. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 90 dagen eindigt de premiebetaling 3 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;



eenvoudig transparant

- d. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 120 dagen eindigt de premiebetaling 4 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- e. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 150 dagen eindigt de premiebetaling 5 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- f. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 180 dagen eindigt de premiebetaling 6 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- g. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 210 dagen eindigt de premiebetaling 7 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- h. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 240 dagen eindigt de premiebetaling 8 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- i. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 270 dagen eindigt de premiebetaling 9 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- j. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 300 dagen eindigt de premiebetaling 10 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- k. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 330 dagen eindigt de premiebetaling 11 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;
- l. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 365 dagen eindigt de premiebetaling 12 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

- m. Indien de gekozen wachttijd gelijk is aan 730 dagen eindigt de premiebetaling 24 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad.

21. Terugvordering

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

22. Verhaal van kosten en belasting

- 22.1 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.
- 22.2 Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voort vloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van de verzekeringnemer.

23. Fraude

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



eenvoudig transparant

24. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden

24.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een tariefwijziging noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of 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.

Onder uitzonderlijke omstandigheden worden verstaan: ontwikkelingen in het schadeverloop van de arbeidsongeschiktheidsportefeuille van de verzekeraar en/of van dit specifieke product die aantoonbaar een zodanige verslechtering van de financiële positie van de verzekeraar tot gevolg hebben, dat een voortdurende ongewijzigde dekking van het risico niet van de verzekeraar kan worden verlangd.

24.2 De verzekeraar doet van de voorgenomen wijziging individueel mededeling aan de verzekeringnemer, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk versijnd dagblad.

24.3 Een dergelijke wijziging gaat in op een door de verzekeraar vastgestelde datum. Deze datum zal niet eerder zijn dan 30 dagen na verzending van de in artikel 24.2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven.

24.4 De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven 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 een verzekeringsvoorschrift.

24.5 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 24.4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in artikel 24.2 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 24.3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat beëindigd.

24.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 24.4 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

25. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring

25.1 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.

25.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

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

26. Adres en privacy

26.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer(s), verzekerde(n) en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.

26.2 De verzekeringnemer is verplicht de administrateur binnen 30 dagen, schriftelijk of per e-mail, kennis te geven van elke adreswijziging van zowel de verzekeringnemer als de verzekerde.



eenvoudig transparant

26.3 Mededelingen door de administrateur aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij de administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon via wiens bemiddeling deze verzekering loopt. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt en de verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).

26.4 De te verstrekken en reeds verstrekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl of op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

27. Meldingsplicht

27.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct doch uiterlijk binnen 2 maanden schriftelijk te informeren wanneer:

- a. de verzekerde zijn of haar beroep, als in de polis vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging:
 - geen risicoverzwaren inhoudt;
 - wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie;
- b. De verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;

- c. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- d. De verzekerde komt te overlijden;
- e. De verzekerde gedurende meer dan 2 maanden minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
- f. De verzekerde geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;
- g. De verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;
- h. De verzekerde op de hoogte is van het feit dat het bedrijf waar de verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt, surséance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard, dan wel de Wet Persoonlijke Schuldsanering op hem van toepassing is;
- i. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat.

27.2 Als de verzekerde nalaat om de verzekeraar direct doch uiterlijk binnen 2 maanden te informeren als de verzekerde anders dan ten gevolge van arbeidsongeschiktheid geheel heeft opgehouden een beroep uit te oefenen als zelfstandig ondernemer, als verzekerde niet meer in Nederland woont, als verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de WIA of als verzekerde geen verzekeraar belang meer heeft, kan de verzekering worden beëindigd.

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



eenvoudig transparant

28. Klachtenbehandeling

28.1 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 KiFiD:

Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de administrateur voor een belanghebbende niet bevredigend is en belanghebbende een consument is in de zin van het reglement van het KiFiD, kan belanghebbende zich - binnen 3 maanden na de datum waarop de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen - wenden tot:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KiFiD")
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.

28.2 Bevoegde rechter:

Als belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden 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.

29. Toepasselijk recht

29.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter.