

POLISVOORWAARDEN TAF ZELFSTANDIGENPLAN



EENVOUDIG TRANSPARANT

1. DEFINITIES

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aanvraagformulier:

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

Administrateur:

TAF B.V., Postbus 4562 5601 EN EINDHOVEN, tevens de vertegenwoordiger van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 040-707 38 90
E-mail: info@taf.nl

Claim:

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

Eigen risicoperiode:

De periode waarin de verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke claim en vangt aan op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Aanvullend geldt dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, welke het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de dag is dat de verzekerde zich onder behandeling heeft gesteld van een onafhankelijke psycholoog of psychiater. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke nieuwe claim.

Eigen werkzaamheden:

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in het dagelijkse leven en bij goede gezondheid onmiddellijk voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid verricht voor minimaal 16 uur per week en gedurende minimaal 8 weken en waaruit de verzekerde inkomen geniet. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van de verzekerde kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt genoemd in het polisblad.

Huisarts:

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, als huisarts praktijk uitoefent, en die niet zelf de verzekerde is.

Kerninstallatie:

Een installatie zoals gedefinieerd in de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979- 225), of een kerninstallatie aan boord van een schip.

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Bij de beoordeling van een ziekte, aandoening of letsel laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs. Deze geneeskundige adviseurs staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV). Zij verrichten hun werkzaamheden met inachtneming van de door de GAV opgestelde beroepscode. Geneeskundige adviseurs hebben voor de uitvoering van deze opdrachten een zelfstandige professionele verantwoordelijkheid. Of een claim medisch objectiveerbaar is wordt vastgesteld volgens de in Nederland bij de medische beroepsverenigingen gebruikelijke consensus.

Ongeval:

Een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling en onvrijwillig op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld. Dit geweld gebeurt buiten de wil om van de verzekerde en komt van buiten af. Ook is dit geweld rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken medisch objectiveerbaar en heeft het ernstig lichamelijk letsel van de verzekerde tot gevolg. De verzekerde heeft zich voor dit letsel onder behandeling van een huisarts of specialist gesteld.

Overmatig alcoholgebruik:

Alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 0,5 promille is. Bij beginnende bestuurders mag dit promillage de eerste vijf jaar na het ontvangen van het rijbewijs niet de 0,2 promille overschrijden. Van overmatig alcoholgebruik is tevens sprake indien de verzekerde weigert mee te werken aan de door de bevoegde autoriteiten verzochte adem- en/of bloedproef ter bepaling van het alcoholpromillage/bag. De verzekerde heeft het recht te bewijzen dat hij in geval van weigering van vorenbedoelde medewerking, onmiddellijk voorafgaande aan en tijdens de gebeurtenissen welke tot zijn arbeidsongeschiktheid hebben geleid, niet onder invloed van alcohol verkeerde.

Passende arbeid:

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, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevegd. Alleen functies die hoogstens één ARBI-niveau (functieniveau) lager liggen dan de oorspronkelijke functie kunnen als passend worden beschouwd.

Polis:

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

Psycholoog:

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

Premieervaldag:

De datum waarop premie verschuldigd is.

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 is.

Tussenpersoon:

De rechtspersoon of natuurlijke persoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.

Verzekeraar:

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

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 125,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis. Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 90% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van de verzekerde, welke de verzekerde reeds op de ingangsdatum van de verzekering verschuldigd is. Een vaste, aantoonbare maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt. De aantoonbare, maandelijkse last is ten behoeve van het verblijf van de verzekerde in Nederland en is in Nederland verschuldigd.

Onder vaste, aantoonbare lasten kan o.a. worden verstaan: bruto hypotheeklasten, huur, gas, water, licht, kredietlasten, verzekeringpremies, leasekosten. Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder vaste, aantoonbare lasten zijn: elke vorm van belasting, reclamekosten, brandstofkosten, onderhoudskosten, kosten voor persoonlijk onderhoud. De aantoonbare vaste lasten mogen maximaal met € 500,- worden verhoogd voor persoonlijke, niet aantoonbare vaste maandelijkse lasten. Het totale verzekerde maandbedrag is nooit hoger dan € 5.000,- per verzekerde per polis.

In het geval het verzekerd maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger is dan 90% van de bruto aantoonbare maandlasten van de verzekerde (rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijkse last van maximaal € 500,-) en dit niet aan de verzekeraar schriftelijk kenbaar is gemaakt, dan behoudt de verzekeraar zich het recht voor, bij een eventuele schade-uitkering, het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de 78-methode worden terugbetaald. Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert op basis van meer dan één polis. Indien de verzekerde een soortgelijke polis heeft bij een andere verzekeraar is het totaalbedrag van alle maandelijkse uitkeringen beperkt tot € 5.000,-.

Verzekerde:

De natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woont en staat ingeschreven in het GBA register en als zodanig op de polis staat vermeld en die bij aanvang van de verzekering ouder was dan 18 jaar, respectievelijk jonger dan 60 jaar.

Verzekeringnemer:

De (rechts)persoon die via de administrateur met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Zelfstandig ondernemer:

Hieronder wordt verstaan de persoon die;

- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of
- anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of
- als directeur/(groot)aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als de verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

Ziekte, gebrek of letsel:

Een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van de verzekerde, welke medisch objectiveerbaar is, en die zich tijdens de looptijd van de verzekering openbaart en waarvoor de verzekerde zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld.

2. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 2.1. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de administrateur verstrekte opgaven en gedane verklaringen en mededelingen, het aanvraagformulier en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de administrateur vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel te vormen;
- 2.2. Bij elke opzettelijke onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen die van belang zijn voor de administrateur voor de beoordeling van de aanvraag tot verzekering, heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen conform het bepaalde in art. 7:930 lid 4 en 5 BW.

3. AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- 3.1 De verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld, met inachtneming van de bepalingen in artikel 17;
- 3.2. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 1 (zegge: één) maand na afgiftedatum van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad, per aangetekend schrijven, te retourneren aan de administrateur. De administrateur zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten;
- 3.3. De verzekering is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier de verzekering langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform punt 3.4.b van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met de tussenpersoon en de verzekeringnemer;

- 3.4. 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 laatste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt;
 - c. Op de datum van het overlijden van de verzekerde;
 - d. Op de datum dat de verzekerde emigreert;
 - e. Op de datum dat de verzekeraar € 600.000,- heeft uitgekeerd op deze polis;
 - f. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 - g. Indien de verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
 - h. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden als zelfstandig ondernemer definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid. In dit geval zal de verzekering eindigen op de 1e dag van de maand, volgend op de maand wanneer het verzoek tot beëindiging door de administrateur is ontvangen;
 - i. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden als zelfstandig ondernemer definitief stopzet en voor minimaal 16 uur in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen. In dit geval zal de verzekering eindigen op de 1e dag van de maand, volgend op de maand wanneer het verzoek tot beëindiging door de administrateur is ontvangen.
- 3.5 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 1 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Bij opzegging van de verzekering bestaat geen recht op enige vorm van premierestitutie;

- 3.6 Een claim ontstaan 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 voor die periode tot aan de aangegeven beëindigingdatum.
- 3.7 Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd, behoudens punt 3.2 van dit artikel. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

4. UITKERING BIJ OVERLIJDEN

- 4.1 Voor de dekking bij overlijden zijn de algemene voorwaarden QL ZSP NB 01-2010 van toepassing.

5. DEKKING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 5.1. Gedurende de looptijd van deze verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt de verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag dat:
1. de verzekerde zijn eigen werkzaamheden voor minimaal 35% heeft gestaakt, en
 2. de verzekerde zich onder behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld.
- Alvorens tot uitkering te kunnen overgaan dient de ziekte of het letsel die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft definitief te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke geneeskundig adviseur. Aanvullend geldt dat alvorens tot uitkering kan worden overgegaan bij arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de psychiatrische aandoening definitief dient te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater;

- 5.2 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot een lichamelijke ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde voor tenminste 35% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke geneeskundig adviseur en/of arbeidsdeskundige;

- 5.3 Aanvullend op het gestelde hiervoor zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van 1 tot 49 zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de laatste bekende DSM-classificatie door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater en dienen zich minimaal 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering voor het eerst te hebben geopenbaard;

- 5.4 De verzekerde dient direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 8 weken betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat.

6. RECHT OP UITKERING

- 6.1 Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat gedurende de eerste twee ziektejaren (de eigen risicoperiode van 30 of 365 dagen daarin meegerekend), indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid waarbij de verzekerde door ziekte of een ongeval niet in staat is om voor tenminste 35% de eigen werkzaamheden te verrichten. Zolang de verzekerde niet in staat is om de eigen werkzaamheden volledig, dit wil zeggen 80% of meer, te hervatten behoudt de verzekerde het recht op uitkering. Zodra de verzekerde volledig (80% of meer) de eigen werkzaamheden hervat, vervalt het recht op uitkering;

- 6.2 Zolang de verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen 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, zoals arbeidsdeskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen, na ontvangst van de mededeling, schriftelijk bezwaar heeft ingediend, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden;
- 6.3 Na het tweede ziektejaar bestaat het recht (met de in acht genomen dekkingskeuze zoals vermeld in artikel 6.5 van deze voorwaarden) op een vervolgitkering bij arbeidsongeschiktheid, nadat de verzekerde opnieuw gekeurd is door een door de verzekeraar of de administrateur aangewezen onafhankelijke (keurings)arts en/of (arbeids)deskundige en hierbij arbeidsongeschikt is verklaard voor passende werkzaamheden. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige en/of (keurings)arts;
- 6.4 Mochten de verzekerde en de verzekeraar na aanvang van het tweede ziektejaar (artikel 6.3) niet binnen 12 weken, overeenstemming hebben bereikt over de mate van arbeidsongeschiktheid, dan zullen zij elk een deskundige aanwijzen ter vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan. Zijn de door de verzekeraar en de verzekerde aangewezen deskundige(n) het eens inzake de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan, dan draagt de verzekeraar de kosten van de door de verzekerde aangewezen deskundige. Ontbreekt de bedoelde overeenstemming dan dienen de door de verzekeraar en de verzekerde aangewezen deskundigen een derde deskundige aan te wijzen die de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan bepaalt met in achtneming van hetgeen daarover elders in deze voorwaarden is vermeld. De door deze laatst aangestelde deskundige bepaalde arbeidsongeschiktheid en mate daarvan is voor partijen bindend. De verzekeraar en de verzekerde dragen de kosten van deze deskundige elk voor 50%;

- 6.5 Het recht op een vervolgitkering, na het tweede jaar, hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.

Er zijn vijf verschillende dekkingskeuzes mogelijk:

1. Kort: de verzekerde heeft geen recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar;
2. BasisP80: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 80% of hoger is;
3. VerlengdP80: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 80% of hoger is;
4. BasisP35: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is;
5. VerlengdP35: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is.

7. UITKERINGSDUUR

- 7.1 De maximale uitkeringsduur per claim hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn vijf verschillende dekkingskeuzes mogelijk:
1. Kort: de uitkeringsduur is maximaal twee jaar (24 maanden) per claim;
 2. BasisP80: de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;
 3. VerlengdP80: de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim;
 4. BasisP35: de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;
 5. VerlengdP35: de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim.

8. HOOGTE UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 8.1 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevendende uitkering, die per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid wordt bepaald;
- 8.2 De hoogte van de verzekeringsuitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid van:
- 35 -- 45% : 40% van het verzekerde maandbedrag;
 - 45 -- 55% : 50% van het verzekerde maandbedrag;
 - 55 -- 65% : 60% van het verzekerde maandbedrag;
 - 65 -- 80% : 75% van het verzekerde maandbedrag;
 - 80 -- 100% : 100% van het verzekerde maandbedrag.

9. ALGEMENE UITSLUITINGEN

- 9.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:
- a. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval;
 - b. Indien de ziekte of aandoening die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft is aangevangen binnen 90 dagen na de ingangsdatum;
 - c. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard hebben is enkel sprake van dekking, tenzij anders op het polisblad aangegeven, indien uit het medisch dossier van de verzekerde blijkt dat de verzekerde volledig is hersteld van de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) en dat gedurende 60 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/ of recidive van deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad en de verzekerde gedurende deze periode voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van (na)controle of (na) behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een huisarts of specialist heeft geraadpleegd is,

ondanks bovengenoemde passage, uitgesloten van dekking;

- d. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens het gebruik van en/of (mede) het gevolg is van het overmatig gebruik van alcohol, en/of van verdovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
- e. 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;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is of gerelateerd kan worden aan zwangerschap of de geboorte van een kind;
- 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 anders dan als betalend passagier van een commerciële luchtvaartmaatschappij; onder laatstgenoemde activiteit wordt tevens verstaan parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten;
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid 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 ontstaat door de hantering van explosieven;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van pogingen tot zelfdoding, zelf toegebracht letsel en het betrokken zijn van de verzekerde bij misdrijven;
- k. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;

- l. Indien een claim niet binnen de verplichte termijn van aanmelding conform artikel 10.1 wordt gemeld. De administrateur zal hierbij handelen met in achtneming van het bepaalde in artikel 7:941 BW;
- m. 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 gedeponeerd onder nummer 136/1981;
- n. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- o. 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 uitzit;
- p. Indien de verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- q. Indien de verzekerde na het ontstaan van arbeidsongeschiktheid niet volledig, en/of niet tijdig meewerkt en/of in het geheel niet meewerkt aan de vaststelling van de oorzaak en mate van zijn arbeidsongeschiktheid;
- r. Indien de verzekerde na het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid de verplichtingen tot het verstrekken van informatie en/of het meewerken aan onderzoek(en) ter vaststelling van de oorzaak en mate van arbeidsongeschiktheid niet is nagekomen.

10. VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

10.1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht de administrateur zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van zijn claim bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, schriftelijk in kennis te stellen van deze claim;

- 10.2 Na de eerste melding van de arbeidsongeschiktheid ontvangt de verzekerde en/of de verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden teruggestuurd aan de administrateur;
- 10.3 De verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de claim, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan. Wordt de claimmelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan en/of na de termijn zoals vermeld in artikel 10.1, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de claim is gemeld;
- 10.4 De verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 - a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een huisarts of specialist te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende huisarts, specialist en/of medisch adviseur van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en alles na te laten wat het herstel 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 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. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de aantoonbare vaste maandlasten noodzakelijk zijn, zoals rekeningafschriften;

- e. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
- f. 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;
- g. De verzekeringnemer is gehouden de onder 10.4 sub a,b,c,d,e en f genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt;
- h. 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.

11. EINDE VAN (HET RECHT OP) UITKERING

- 11.1 Een periodieke uitkering eindigt:
 - a. Op de dag waarop de verzekerde niet meer tenminste 35% arbeidsongeschikt is;
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 3.4 van deze voorwaarden;
 - c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 7, is verstreken;
 - d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 10 niet of niet tijdig is nagekomen, bestaat er geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

12. OPEENVOLGENDE CLAIMS

- 12.1 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is afgewezen of beëindigd, om welke reden dan ook anders dan het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als de verzekerde minimaal 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt vanaf de datum dat de eerdere claim is afgewezen of beëindigd.
- 12.2 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is beëindigd in verband met het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde en de verzekerde wordt als gevolg van dezelfde reden van arbeidsongeschiktheid hernieuwd voor minimaal 35% arbeidsongeschikt, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen. Indien de hernieuwde arbeidsongeschiktheid intreedt binnen 90 dagen nadat de vorige claim is beëindigd, geldt dat de nieuwe claim wordt gezien als een voortzetting van de eerder ingediende claim. Het recht op uitkering geldt alleen vanaf de datum dat de hernieuwde arbeidsongeschiktheid is ingetreden;
- 12.3 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is beëindigd in verband met het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde en de verzekerde wordt als gevolg van een andere reden van arbeidsongeschiktheid hernieuwd voor minimaal 35% arbeidsongeschikt, dan kan de verzekerde alleen dan een claim indienen, indien de verzekerde minimaal 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt vanaf de datum dat de eerdere claim is beëindigd;
- 12.4 Indien de hernieuwde arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval zijn de artikelen 12.1 en 12.3 niet van toepassing.

13. WIJZIGING

- 13.1 De verzekerde kan schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag en/of de dekking te wijzigen. De maximaal toegestane verlaging van het verzekerde maandbedrag is 25% per jaar. Het maandbedrag mag maximaal verhoogd worden tot € 5.000,-. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad;

13.2 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde kapitaal 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 artikel 9 lid a, b, en c genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum;

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

14. BEGUNSTIGING

14.1 Voor deze verzekering geldt dat enige uitkering krachtens deze dekking zal geschieden aan de verzekeringnemer.

15. MAXIMALE UITKERING

15.1 Het maximaal uit te keren bedrag voor deze verzekering is € 600.000,-.

16. FISCALITEIT EN BETALING VAN DE UITKERING

16.1 Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerde maandbedrag, conform artikel 8, maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering;

16.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerde maandbedrag, conform artikel 8, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerde maandbedrag conform artikel 8) 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.

17. PREMIEBETALING

17.1 De premie is maandelijks bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. De premie wordt rond het begin van iedere maand afgeschreven. De premie en de kosten dienen uiterlijk de 30ste dag nadat deze verschuldigd zijn, te zijn voldaan;

17.2 De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is;

17.3 Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 30 dagen na premievervaldag wordt voldaan, dan wordt, na het stellen van een termijn van 14 dagen waarbinnen de verzekeringnemer alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking vanaf de ingangsdatum geschorst totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering;

17.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de mogelijk 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;

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

17.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie-termijnen, indien de in 17.1 genoemde termijn is verstreken;

17.7 De verzekeringnemer is premieplichtig gedurende de gehele overeengekomen (restant) looptijd.

18. TERUGVORDERING

18.1 De verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen terug te vorderen.

19. VERHAAL VAN KOSTEN EN BELASTING

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

20. EN BLOC BEPALING

- 20.1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen;
- 20.2 De verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door de verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd;
- 20.3 De verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving aan de administrateur schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Deze mededeling geldt dan als opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer. Indien de verzekeringnemer dit aan de administrateur heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden;
- 20.4 De mogelijkheid van opzegging van de verzekering conform dit artikel geldt niet indien de wijziging van de premie en/ of de voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen of de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

21. VERVAL VAN RECHTEN EN VERJARING

21.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 6 maanden nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 6 maanden het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt;

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

22. ADRESWIJZIGING EN PRIVACY

- 22.1 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;
- 22.2 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. De verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en) ;
- 22.3 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.

23. MELDINGSPLICHT

- 23.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en/of nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct te melden wanneer:
- a. De verzekerde voor langer dan één maand naar het buitenland vertrekt;
 - b. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
 - c. 90% van de vaste aantoonbare maandlasten lager wordt dan het verzekerde maandbedrag;
 - d. De verzekerde komt te overlijden;

- e. De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
- f. De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- 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.

24. TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTENBEHANDELING

24.1 Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing;

24.2 Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar of de administrateur kunnen worden voorgelegd aan de administrateur onder vermelding van het polisnummer. De administrateur zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden. Indien de verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door de verzekeraar of de administrateur, dan kunnen deze worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag.