

REAAL ONDERNEMERS AOV 0510

Algemene voorwaarden

INHOUD

Begripsomschrijvingen	
Definities	1
Te verzekeren risico	
Strekking van de verzekering	2
Grondslag van de verzekering	3
Arbeidsongeschiktheid	4
Uitsluitingen	5
Schade, schaderegeling en uitkering	
Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	6
Vaststelling van de uitkering	7
Berekening van de uitkering	8
Betaling van de uitkering	9
Verjaring	10
Einde van de uitkering	11
Regres	12
Premie	
Premievaststelling	13
Premievrijstelling en no-claim	14
Premiebetaling	15
Wijziging van de verzekering	
Wijziging van premie en/of voorwaarden	16
Verplichtingen bij wijziging van het beroep, de daaraan verbonden werkzaamheden of het inkomen	17
Aanvullende dekkingen en voorzieningen	18
Verplichtingen bij andere wijzigingen	19
Overdracht van rechten	20
Aanvang, duur en einde van de verzekering	
Aanvang, duur en einde van de verzekering	21
Onopzegbaarheid	22
Slotbepalingen	
Aansprakelijkheid belasting en revisierente	23
Adres	24
Klachtenbehandeling	25
Toepasselijk recht	26
Bescherming persoonsgegevens	27
Clausuleblad terrorismedekking	

Artikel

1 - BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1 DEFINITIES

- | | |
|------------|--|
| 1.1 | Aanvang van de arbeidsongeschiktheid
De dag waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. |
| 1.2 | Inkomen
Het bruto jaarinkomen van de verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting. |
| 1.3 | Rubriek A
Arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. |
| 1.4 | Rubriek B
Arbeidsongeschiktheid gedurende de periode na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. |
| 1.5 | Te verzekeren risico
Inkomensderving als gevolg van de arbeidsongeschiktheid. De verzekerde jaarrente voor rubriek A en/of rubriek B, zoals vermeld op het polisblad, bedraagt maximaal 80% van het inkomen, rekening houdend met andere verzekeringen en voorzieningen terzake van arbeidsongeschiktheid. |
| 1.6 | Verzekerde
Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voor zover daarop op grond van de overeengekomen voorwaarden recht bestaat. |
| 1.7 | Verzekeringnemer
Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar heeft gesloten. |
| 1.8 | Verzekeraar
De verzekeraar die volgens de polis het risico draagt. |

2 - TE VERZEKEREN RISICO

- | | |
|------------|--|
| 2 | STREKKING VAN DE VERZEKERING
De verzekering heeft als doel om schadevergoeding te verlenen voor de derving van inkomen als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, tot ten hoogste het bedrag van het te verzekeren risico zoals weergegeven door middel van de op het polisblad vermelde verzekerde jaarrente. |
| 3 | GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING |
| 3.1 | De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte inlichtingen, opgaven en gedane verklaringen, onder meer in aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en), vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. |
| 3.2 | De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, de verzekeraar de verzekering zou willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Voorzover deze verzekering het risico van arbeidsongeschiktheid van een de verzekeringnemer bekende derde, die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, betreft, dan omvat de mededelingsplicht mede de derde betreffende feiten die deze derde kent of behoort te kennen, en waarvan hij weet of behoort te begrijpen de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De verzekeringnemer of de hiervoor bedoelde derde, kan zich er niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten kent of behoort te kennen indien een daarop gerichte vraag niet, onjuist of onvolledig is beantwoord. |
| 3.3 | a Als door de verzekeringnemer of de verzekerde niet is voldaan aan de in art. 7:928 BW neergelegde mededelingsplicht, kan de verzekeraar de onderhavige verzekering binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen wanneer sprake |

is van opzet aan de kant van de verzekeringnemer of de verzekerde om de verzekeraar te misleiden, dan wel wanneer de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

- b Als aan de in artikel 7:928 BW neergelegde mededelingsplicht door de verzekerde of de verzekeringnemer niet is voldaan buiten de in het vorige lid omschreven gevallen, kan de verzekeraar binnen twee maanden na de ontdekking van de niet-nakoming van de mededelingsplicht wijzen op de schending van de mededelingsplicht onder vermelding van de gevolgen. De verzekeraar kan in dat geval andere voorwaarden stellen. Als het risico zich heeft verwezenlijkt is de verzekeraar slechts uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen of in de situatie dat bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een hogere premie zou zijn bedongen, mag de uitkering door de verzekeraar worden verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer zou hebben bedragen.

4 ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 4.1 a Er is uitsluitend sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van arbeid als vermeld in de artikelen 4.2 en 4.3. Van zodanige stoornissen is sprake als de klachten en beperkingen van de verzekerde op grond van rapportage van door de verzekeraar aangewezen deskundigen te herleiden zijn tot een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Stoornissen waarvoor géén medisch oorzakelijke factor is gevonden, worden beschouwd als niet objectief medisch vaststelbaar.

Het post-whiplashsyndroom valt in ieder geval niet onder de dekking van deze verzekering.

b Gebreken en persoonlijkheidsstoornissen worden in de zin van deze overeenkomst niet onder stoornissen verstaan.

c Onder arbeidsongeschiktheid in de zin van deze verzekering wordt niet verstaan: verlies of beperking van de bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep en verlies van de gelegenheid tot het uitoefenen van het beroep, noch als direct noch als indirect gevolg van ziekte en/of ongeval.

4.2 Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep (beroepsarbeidsongeschiktheid)

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep indien de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Na één jaar arbeidsongeschiktheid wordt ook rekening gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werkzaamheden en werkomstandigheden en/of taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf. Er wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid. Indien verzekerde vanaf één jaar na aanvang van de arbeidsongeschiktheid zonder overleg met de verzekeraar en zonder toestemming van de verzekeraar zijn bedrijf beëindigt of zijn (aandeel in het) bedrijf verkoopt, wordt vanaf de datum van beëindiging of verkoop de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op basis van passende arbeid.

4.3 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid indien de verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

4.4 Eigen risicotermijn

De eigen risicotermijn is de periode waarover geen recht op uitkering bestaat. Deze termijn vangt aan op de dag van aanvang van de arbeidsongeschiktheid. Perioden van arbeidsongeschiktheid met dezelfde oorzaak die elkaar opvolgen met een onderbreking van maximaal 90 dagen worden samengeteld. De eigen risicotermijn wordt over deze perioden éénmaal toegepast.

4.5 Rubriek A

De verzekering voorziet in een uitkering voor inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid, gedurende het eerste jaar van

de arbeidsongeschiktheid, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid die voortvloeien uit dezelfde oorzaak en die elkaar opvolgen met tussenpozen van niet meer dan 90 dagen worden samengeteld.

De bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid vindt plaats aan de hand van arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep.

4.6 Rubriek B

De verzekering voorziet in een uitkering voor inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid gedurende de periode na het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid.

De bepaling van de mate van de arbeidsongeschiktheid vindt plaats aan de hand van arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep of arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid, zoals vastgelegd op het polisblad.

5 UITSLUITINGEN

5.1 Geen uitkering wordt verleend voor arbeidsongeschiktheid, welke is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

- a opzet of grove schuld van de verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende, waaronder begrepen vrijwillige verminking en poging tot zelfmoord of zelfdoding, tenzij twee jaren zijn verlopen na de aanvang van de verzekering;
- b een ongeval de verzekerde overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8‰ of hoger was, of het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was; dan wel door een de verzekerde overkomen ongeval, waarbij de verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtsgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;
- c het overmatig gebruik van alcohol, het gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift, tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruikersaanwijzing heeft gehouden;
- d het deelnemen met gemotoriseerde voertuigen aan wedstrijden op de openbare weg, dan wel op besloten circuits;
- e in de polis en/of bijlagen vermelde uitsluitingen.

5.2 Geen recht op uitkering bestaat voor arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of verergerd, hetzij direct, hetzij indirect door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en/of muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 21 november 1981 is gedeponneerd ter griffie van de arrondissementsrechtbank te 's Gravenhage.

5.3 Gedurende de tijd dat de verzekerde is gedetineerd bestaat geen recht op uitkering. Dit betekent in elk geval dat geen recht op uitkering bestaat tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en Ter Beschikking Stelling. Dit geldt zowel voor detentie in Nederland als in het buitenland.

5.4 Voorts wordt geen uitkering verleend voor arbeidsongeschiktheid welke is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

3 - SCHADE, SCHADEREGELING EN UITKERING

6 VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

6.1 De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:

- a zich direct onder behandeling van een bevoegd arts te stellen en onder behandeling te blijven, alle voorschriften nauwkeurig op te volgen en al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen, alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen en al het mogelijke te doen om terug te keren in de werkzaamheden;

- b zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen 10 dagen na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar daarvan mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid;
 - c zich desgevraagd op kosten van de verzekeraar door een door de verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken, op de plaats waar deze het onderzoek wenst in te stellen, en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - d alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens, waaronder de medische voorgeschiedenis en inkomensgegevens, te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of aan door haar aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen;
 - e wanneer de verzekerde buiten Nederland arbeidsongeschikt wordt onverwijld naar Nederland terug te keren zodra de omstandigheden dit toelaten. De mate van arbeidsongeschiktheid en de aanspraak op uitkering zullen na terugkeer in Nederland worden vastgesteld. Het aanvangstijdstip van de arbeidsongeschiktheid zal ten genoegen van de verzekeraar aangetoond moeten worden;
 - f op tijd overleg te plegen met de verzekeraar om eventueel toestemming te verkrijgen voor enig verblijf in het buitenland;
 - g op verzoek van de verzekeraar op periodieke basis een opgave van het inkomen te overleggen;
 - h geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven;
 - i de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van andere arbeid;
 - j het voornemen van het wijzigen of staken van de bedrijfsactiviteiten tijdens arbeidsongeschiktheid te melden aan de verzekeraar;
 - k de verzekeraar te informeren indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde.
- 6.2** De verzekeringnemer is gehouden de genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.
- 6.3** Ieder recht op uitkering vervalt, als de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad dan wel fraude heeft gepleegd of opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of laten verstrekken.
- 6.4** Verzekerde is verplicht medewerking te verlenen bij aanpassing van werkzaamheden, werkomstandigheden of taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, die in redelijkheid van verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Voor zover beroepsarbeidsongeschiktheid is verzekerd, heeft de verzekeraar bij het niet nakomen van deze verplichting, het recht bij beoordeling van de arbeidsongeschiktheid uit te gaan van passende arbeid.
- 7 VASTSTELLING VAN DE UITKERING**
- 7.1** Aan de hand van gegevens van door de verzekeraar aan te wijzen medische en/of andere deskundigen zal de verzekeraar de mate van de arbeidsongeschiktheid c.q. de herziening daarvan, alsmede de periode waarover zal worden uitgekeerd, vaststellen.
- 7.2** De verzekeraar deelt het aldus vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage schriftelijk mee aan de verzekerde respectievelijk de belanghebbende.
- 7.3** Als de verzekerde respectievelijk de belanghebbende zich met de door de verzekeraar vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid c.q. de herziening daarvan krachtens lid 1 van dit artikel, niet kan verenigen, kan hij zijn bezwaar aan de verzekeraar kenbaar maken. Het bezwaar dient schriftelijk en nader gemotiveerd aan de verzekeraar kenbaar gemaakt te worden binnen zes maanden na de datum van de in lid 2 bedoelde mededeling. Op grond van dit bezwaar zal de verzekeraar de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid in heroverweging nemen. De verzekeraar zal de verzekerde respectievelijk de belanghebbende aansluitend schriftelijk mededeling doen van de al dan niet gewijzigde vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage.

7.4 De verzekering geeft geen dekking, als de verzekerde de in dit artikel genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van de verzekeraar daardoor zijn geschaad.

8 BEREKENING VAN DE UITKERING

- 8.1** De uitkering is bij volledige arbeidsongeschiktheid per dag 1/365ste gedeelte van de verzekerde jaarrente, met inachtneming van de eigen risicotermijn.
- 8.2** Met inachtneming van het elders in deze polis bepaalde, is de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid:
 25% tot 35%: vastgesteld op 30% van de verzekerde jaarrente;
 35% tot 45%: vastgesteld op 40% van de verzekerde jaarrente;
 45% tot 55%: vastgesteld op 50% van de verzekerde jaarrente;
 55% tot 65%: vastgesteld op 60% van de verzekerde jaarrente;
 65% tot 80%: vastgesteld op 75% van de verzekerde jaarrente;
 80% tot en met 100%: vastgesteld op 100% van de verzekerde jaarrente.
- 8.3** a Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van dezelfde oorzaak als een bestaande arbeidsongeschiktheid waarvoor ingevolge deze verzekering reeds uitkering wordt verleend, wordt voor deze toename de eigen risico-termijn niet in aanmerking genomen.
 b Bij een toename van de arbeidsongeschiktheid op grond van een andere oorzaak dan de reeds bestaande arbeidsongeschiktheid, wordt voor deze toename de geldende eigen risico-termijn toegepast.
- 8.4** Een aanpassing van uitkering vindt plaats voor arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, een en ander overeenkomstig de definities daarvan zoals die zijn neergelegd in het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT', dan wel handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, geschiedt conform het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' en het 'Protocol afwikkeling claims'. Het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' is op 6 januari 2005 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 6/2005, en is opgenomen aan het einde van deze voorwaarden. Het 'Protocol afwikkeling claims' en de toelichting daarop zijn op 12 juni 2003 gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Amsterdam onder nummer 79/2003. Het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de NHT' maakt onderdeel uit van deze voorwaarden. Het Protocol afwikkeling Claims en de Toelichting Protocol afwikkeling Claims kunt u raadplegen en downloaden via de website van de NHT, www.terrorismeverzekerd.nl, en opvragen bij de verzekeraar.

9 BETALING VAN DE UITKERING

- 9.1** De verzekeringnemer is de gerechtigde tot de uitkering, tenzij anders overeengekomen en vermeld op het polisblad.
- 9.2** De betaling van de door de verzekeraar uit te keren termijnen geschiedt telkens over een periode van een maand. De uitbetaling vindt zo spoedig mogelijk achteraf plaats.
- 9.3** De verzekeraar houdt de wettelijke loonheffingen in op de uitkering als zij daartoe volgens wet- en regelgeving verplicht is en draagt deze af aan de Belastingdienst.

10 VERJARING

- 10.1** Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door het verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot de uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
- 10.2** De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen op de dag, volgende op die waarop de verzekeraar of de aanspraak erkent, of onduidelzinnig heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen.

11 EINDE VAN DE UITKERING

- 11.1** De uitkering eindigt:
 a op de dag waarop de verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze polis;
 b op de eerste dag van de maand volgend op de dag van het overlijden van de verzekerde;
 c per de eerste dag van de maand nadat de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;

d op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het in artikel 'Aanvang, duur en einde van de verzekering' bepaalde; e wanneer de verzekeringnemer of verzekerde zijn verplichtingen niet nakomt en daardoor de belangen van de verzekeraar zijn geschaad.

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

12 REGRES

Als terzake van de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde een derde aansprakelijk is, dienen de verzekeringnemer en de verzekerde alles te doen om de verzekeraar in staat te stellen om verhaal te nemen. Zonodig dient de verzekeringnemer zijn vordering op de aansprakelijke derde aan de verzekeraar over te dragen.

4 - PREMIE

13 PREMIEVASTSTELLING

Uitsluitend en alleen als op het polisblad is vermeld dat de premie conform het combinatie tarief wordt gehanteerd, wordt het premiepercentage jaarlijks opnieuw vastgesteld per premievalidatum op grond van de dan geldende leeftijd en het te verzekeren risico. Bij het gelijkblijvend tarief wordt de premie jaarlijks vastgesteld op basis van uitsluitend het te verzekeren risico.

14 PREMIEVRIJSTELLING EN NO-CLAIM

14.1 Premievrijstelling

Nadat gedurende een periode van één jaar ononderbroken algehele en/of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van minimaal 25% heeft bestaan, wordt - zolang het recht op uitkering voortduurt - met ingang van het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid premievrijstelling verleend tot hetzelfde percentage als waarop de uitkering op dat moment is vastgesteld. Over de periode tot de eerstvolgende prolongatiedatum zal de premie naar evenredigheid worden gerestitueerd; in geval van herstel is vanaf de datum van geheel of gedeeltelijk herstel tot de eerstvolgende prolongatiedatum de premie naar evenredigheid verschuldigd.

14.2 No claim

Indien en zolang aan de verzekerde gedurende een periode van twee jaar of langer niet een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid op grond van deze verzekering is verleend, wordt vanaf de eerstvolgende premievalidatum een korting op de premie verleend, zoals vermeld in de navolgende tabel:

Na een periode van volledige arbeidsongeschiktheid gedurende:	wordt een korting op de premie verleend van:
2 jaar	4%
3 jaar	8%
4 jaar	12%
5 jaar	16%
6 jaar of meer	20%

Met ingang van de datum waarop de verzekerde een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid in de zin van deze overeenkomst wordt verleend, vervalt de korting in zijn geheel en is vanaf deze dag de premie in volle omvang verschuldigd.

Vanaf het moment dat de uitkering wordt beëindigd, vangt de in de tabel genoemde wachtperiode voor de premiekorting opnieuw aan en wordt na afloop van deze periode een korting verleend welke aanvangt met het laagste percentage uit de tabel.

15 PREMIEBETALING

15.1 De premie en de kosten zijn bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer verschuldigd.

15.2 Als de verzekeringnemer de premie niet binnen een termijn van dertig dagen nadat deze verschuldigd is geworden, heeft voldaan en tevens in gebreke blijft de premie te voldoen binnen een termijn van veertien dagen nadat hij tot betaling van de premie is gemaand, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, wordt de dekking van de verzekering opgeschort. Gedurende de periode dat de dekking is opgeschort kan de verzekering door de verzekeraar op ieder moment worden opgezegd.

15.3 De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie alsnog te betalen.

15.4 Tenzij de verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, herleeft de dekking van de verzekering op de dag volgend op de dag dat de verzekeraar de verschuldigde premie heeft ontvangen en aanvaard.

15.5 De verzekeraar heeft de bevoegdheid de door haar verschuldigde uitkeringen aan de verzekeringnemer te verrekenen met openstaande premietermijnen.

15.6 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van de achterstallige premietermijnen en de daarop betrekking hebbende wettelijke renten, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

5 - WIJZIGING VAN DE VERZEKERING

16 WIJZIGING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

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

16.2 Voor die verzekeringen onder welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar bepaalde datum, doch de wijziging van de voorwaarden zal pas van kracht worden, zodra de uitkering is beëindigd.

16.3 De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen de in de kennisgeving genoemde termijn schriftelijk aan de verzekeraar het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de kennisgeving door de verzekeraar genoemd is.

16.4 De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen als:

- a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen en/of besluiten van toezichthoudende organen;
- b de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- c de wijziging een uitbreiding van de dekking met een gelijkblijvende premie inhoudt;
- d de wijziging van de premie direct voortvloeit uit het door de verzekerde bereiken van een leeftijdsgrens waaraan de premie is gekoppeld;
- e de wijziging van de premie voortvloeit uit een vooraf overeengekomen jaarlijkse premieaanpassing;
- f de premieverhoging het gevolg is van een contractuele aanpassing van het te verzekeren risico.

17 VERPLICHTINGEN BIJ WIJZIGING VAN HET BEROEP, DE DAARAAN VERBODEN WERKZAAMHEDEN OF HET INKOMEN

17.1 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht de verzekeraar onmiddellijk in kennis te stellen, wanneer de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aard, de omvang en/of de samenstelling van de aan het beroep verbonden werkzaamheden of het inkomen een verandering ondergaan.

17.2 Als de verzekerde, anders dan ten gevolge van door de verzekeraar erkende arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk ophoudt het op het polisblad vermelde beroep daadwerkelijk uit te oefenen, heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen. Dit geldt ook voor het niet daadwerkelijk beroepsmatig aanwenden van een vastgestelde restcapaciteit.

De verzekeringnemer kan in dit geval ook een verzoek doen om de verzekering tijdelijk te schorsen. Als de verzekering geschorst is, wordt de dekking weer van kracht als de verzekerde het op het polisblad vermelde beroep weer uitoefent. Als de verzekerde voor afloop van deze periode het op het polisblad vermelde beroep niet opnieuw uitoefent, dan heeft de verzekeraar het recht de verzekering alsnog te beëindigen.

17.3 De verzekeringnemer kan ook een verzoek tot tijdelijke schorsing van de verzekering indienen als er sprake is van de volgende omstandigheden:

- verzekerde gaat tijdelijk in loondienst;
- verzekerde neemt een sabbatical leave;
- verzekerde verblijft langdurig in het buitenland;
- verzekerde kan tijdelijk de volledige premie niet betalen;
- verzekerde heeft tijdelijk geen inkomen uit het verzekerde beroep.

Als de verzekeringnemer om andere redenen de verzekering tijdelijk wil schorsen, kan dat alleen na toestemming van de verzekeraar.

Een tijdelijke schorsing van de verzekering moet altijd vooraf aangevraagd worden.

17.4 Voor een schorsing als bedoeld in artikel 17.2 en 17.3 geldt dat deze maximaal één jaar kan duren. Tijdens de periode van schorsing wordt een door de verzekeraar vast te stellen sluimerpremie in rekening gebracht. Er is geen dekking voor (toename van) arbeidsongeschiktheid die bestaat of ontstaat gedurende de periode van schorsing.

17.5 Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aard, de omvang en/of de samenstelling van aan dat beroep verbonden werkzaamheden of het inkomen een verandering ondergaan, zal de verzekeraar beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risico-verzwaaringsinhoudt. Indien dit het geval is heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen.

17.6 Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen de in de kennisgeving gestelde termijn, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal als dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

17.7 Als verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de verandering van de aard, de omvang en/of de samenstelling van de daaraan verbonden werkzaamheden of het inkomen, zal de verzekeraar, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaaringsinhoudt. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaaringsinhoud blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien er wel sprake is van risicoverzwaaringsinhoud die er toe leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, geschiedt de uitkering:

- a met inachtneming van die bijzondere voorwaarden, en/of;
- b in verhouding van de voor de desbetreffende rubriek betaalde premie tot de premie die wegens de risicoverzwaaringsinhoud zou zijn verschuldigd.

Als een niet tijdig gemelde risicoverzwaaringsinhoud naar het oordeel van de verzekeraar van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

18 AANVULLENDE DEKKINGEN EN VOORZIENINGEN

18.1 Onderhoudsregeling

18.1.1 Nadat de verzekering, gerekend vanaf de ingangsdatum, de daarop volgende datum van 1 april heeft gepasseerd, levert de verzekeraar een 'onderhoudsbrief'. In deze brief wordt de verzekeringnemer aangeboden om de verzekerde jaarrenten aan te passen aan de inkomenssituatie die in dat jaar is bepaald ten behoeve van de Belastingaangifte over het inkomen van de verzekerde over het voorgaande jaar.

De verzekerde jaarrenten voor rubriek A en/of B kunnen zonder medische waarborgen met maximaal 15% worden verhoogd. Voor hogere aanpassingen worden medische waarborgen gevraagd. Een verhoging dient aangevraagd te worden vóór 1 juli van het jaar, waarin de brief wordt ontvangen. De verzekerde dient zestig dagen voorafgaand aan de door de verzekeringnemer aan te geven gewenste datum van verhoging niet arbeidsongeschikt te zijn of te zijn geweest. Heeft de verzekeringnemer de verzekerde jaarrenten als gevolg van onderhoud verlaagd, dan kan de verzekeringnemer binnen drie jaar na het uitvoeren van die verlaging zonder medische waarborgen weer verhogen tot maximaal het niveau van de verzekerde jaarrenten voor de verlaging, als deze verhoging aansluit op de op dat moment geldende inkomenssituatie.

18.1.2 Als gedurende de periode dat de verzekerde niet arbeidsongeschikt is, zijn inkomen in een kalenderjaar 20% of meer is gedaald ten opzichte van het gemiddelde inkomen over de drie voorafgaande kalenderjaren, dan is de verzekeringnemer verplicht om dat aan de verzekeraar te melden. De verzekerde jaarrente kan dan door de verzekeraar worden aangepast aan het actuele inkomen, na overleg met de verzekeringnemer. De verzekeraar past de verzekerde jaarrente niet aan in geval van ingetreden arbeidsongeschiktheid.

18.2 Kosten van re-activering

De arbeidsongeschikte verzekerde kan ten behoeve van diens re-integratie in eigen dan wel andere beroepswerkzaamheden een beroep doen op bemiddeling door de verzekeraar. Indien dit naar het oordeel van de verzekeraar noodzakelijk dan wel wenselijk wordt geacht, verbindt deze zich in dit kader de hiertoe benodigde inspanningen te verrichten, waaronder de begeleiding door een door de verzekeraar aan te wijzen deskundige.

De met goedkeuring van de verzekeraar gemaakte kosten, verbonden aan revalidatie, her- en omscholing, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van genees- en heilkundige behandeling, zullen boven de uitkering voor arbeidsongeschiktheid worden vergoed. Deze vergoeding vindt uitsluitend plaats voor zover daarop niet uit anderen hoofde aanspraak bestaat.

18.3 Zwangerschapsuitkering

a Bij een zwangerschap van de verzekerde die minimaal 26 weken heeft geduurd, kan een zwangerschapsuitkering worden gedaan voor de duur van maximaal 16 weken. De eigen risicotermijn wordt hiervan afgetrokken. De zwangerschapsuitkering bedraagt 50% van de verzekerde jaarrente van rubriek A over een periode van maximaal 16 weken. Deze uitkering wordt alleen gedaan als de bevallingsdatum ten minste één jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt. Als de eigen risicotermijn in het jaar voorafgaand aan de bevallingsdatum is gewijzigd, wordt de eigen risicotermijn met de langste duur aangehouden. Als de verzekerde jaarrente van rubriek A in het jaar voorafgaand aan de bevallingsdatum is gewijzigd, dan wordt de laagste verzekerde jaarrente aangehouden. Als er een klimmende verzekeringsvariant is overeengekomen, dan wordt deze verhoging van de verzekerde jaarrente wel meegenomen. Voor de berekening van de uitkering begint de periode van 16 weken op de dag gelegen zes weken voor de geboorte.

b De zwangerschapsuitkering wordt in één keer betaald. De verzekeraar keert uit na ontvangst van een uittreksel uit het geboorteregister.

c Bij samenloop met een uitkering bij arbeidsongeschiktheid, wordt de zwangerschapsuitkering alleen uitgekeerd als deze hoger is dan het bedrag van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid.

d Als de verzekerde arbeidsongeschikt is als gevolg van en/of gerelateerd aan de zwangerschap in de periode die tien weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum ligt, wordt de op het polisblad genoemde eigen risicotermijn één keer toegepast.

18.4 Uitkering bij overlijden van partner of kind

18.4.1 Als rubriek A is verzekerd en de eigen risicotermijn niet langer is dan 90 dagen, wordt er een uitkering gedaan als de echtgenoot/echtgenote, geregistreerd partner of een kind van de verzekerde overlijdt. Deze uitkering duurt maximaal 90 dagen. De uitkering is gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente van rubriek A. De uitkering gaat in op de dag van het overlijden.

18.4.2 Als echtgenoot/echtgenote wordt tevens beschouwd de niet geregistreerde partner van de verzekerde die met verzekerde direct voorafgaande aan diens overlijden volgens de basisadministratie persoonsgegevens op hetzelfde adres staat ingeschreven, geen bloedverwant in de rechte lijn is van de verzekerde en met verzekerde een wederzijdse zorgplicht is aangegaan welke is vastgelegd in een notarieel samenlevingscontract.

18.4.3 Onder kind wordt verstaan: het kind waarmee verzekerde in familierechtelijke betrekking staat in de zin van het Burgerlijk Wetboek, dan wel het pleegkind voor wie verzekerde als pleegouder de zorg voor het onderhoud en de opvoeding draagt alsof het een eigen kind is en voorzover het (pleeg)kind de leeftijd van 21 jaar nog niet heeft bereikt.

18.5 Uitkering bij adoptie

Als rubriek A is verzekerd en de eigen risicotermijn niet langer is dan 90 dagen, wordt er een uitkering gedaan bij de uitbreiding van het gezin van de verzekerde door adoptie. Deze uitkering duurt maximaal dertig dagen. De uitkering is gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente van rubriek A. De uitkering gaat in op de dag dat het kind in het gezin wordt opgenomen.

18.6 De verzekeraar zal de verzekeringnemer vragen om aan te tonen dat er recht bestaat op een uitkering zoals beschreven in artikel 18.4 en 18.5.

18.7 Bij samenloop van een uitkering bij arbeidsongeschiktheid met een uitkering als bedoeld in artikel 18.4 en 18.5, is er ten hoogste recht op een uitkering die is gebaseerd op 100% van de verzekerde jaarrente.

19 VERPLICHTINGEN BIJ ANDERE WIJZIGINGEN

19.1 De verzekeringnemer respectievelijk de verzekerde is verplicht op straffe van het verlies van het recht op uitkering de verzekeraar tijdig vooraf te informeren wanneer:

- a de verzekerde voor een periode van langer dan drie maanden naar het buitenland vertrekt;
- b de verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge werknemersverzekeringen of enige andere verplichte voorziening die recht op uitkering geeft in geval van arbeidsongeschiktheid;
- c de rechtsvorm van het bedrijf van de verzekerde wordt gewijzigd;
- d aan de verzekeringnemer of de verzekerde, aan hem of aan zijn bedrijf, surséance van betaling is verleend dan wel een schuldsaneringsregeling of faillissement is aangevraagd, of althans zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vier weken na het verlenen of het aanvragen.
- e verzekerde sporten gaat beoefenen in de categorieën vechtsporten, gemotoriseerde sporten, vliegsporten, parasporten of duiksporten.

De verzekeringnemer is verplicht in deze gevallen de verzekeraar desgevraagd in het bezit te stellen van documenten waaruit de wijziging blijkt. In de hier genoemde gevallen heeft de verzekeraar het recht om andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of het te verzekeren risico aan te passen, dan wel de verzekering te beëindigen.

19.2 Als de verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen de in de kennisgeving gestelde termijn de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

20 OVERDRACHT VAN RECHTEN

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.

6 - AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

21 AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

21.1 De verzekering begint op de op het polisblad vermelde ingangsdatum. De verzekering wordt aangegaan voor een duur van één of drie jaar. Deze eerste contractstermijn van de verzekering staat op het polisblad. Drie maanden voor afloop van deze termijn ontvangt de verzekeringnemer bericht van de verzekeraar over de voortzetting van de verzekering.

- 21.2 a Een verzekering met een contractstermijn van één jaar wordt steeds stilzwijgend met één jaar verlengd.
- b Een verzekering met een contractstermijn van drie jaar, wordt steeds stilzwijgend verlengd met één jaar, tenzij anders overeengekomen.

21.3 De verzekering neemt een einde:

- a op de eerste dag van de maand volgend op de dag van het overlijden van de verzekerde;
- b op de eerste dag van de maand nadat de verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt.

Bij een beëindiging op deze gronden vervalt het recht op uitkering.

- 21.4 De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de verzekeraar:
 - a gedurende de periode dat de dekking is opgeschort als gevolg van het niet betalen van de premie, per de in de opzeggingsbrief vermelde datum;
 - b binnen twee maanden na de ontdekking dat de verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en de verzekeringnemer gehandeld heeft met de opzet de verzekeraar te misleiden, dan wel de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben gesloten;
 - c indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde fraude heeft gepleegd of opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of laten verstrekken;
 - d in de gevallen als vermeld in de artikelen 17.5 en 19.1;
 - e indien de verzekeringnemer of diens bedrijf faillissement, surseance van betaling of een schuldregeling aanvraagt of in staat van faillissement komt te verkeren;

f indien de verzekeringnemer niet langer in staat moet worden geacht zijn verplichtingen uit deze verzekering na te kunnen komen;

g indien op (een substantieel deel van) het vermogen van de verzekeringnemer beslag wordt gelegd. Uitzonderd een beëindiging op grond van het bepaalde in sub a, b en c, geschiedt de beëindiging van de verzekering door de verzekeraar onverminderd de rechten als gevolg van de reeds vóór het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. In deze gevallen wordt een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die plaatsvindt na de datum waarop de verzekering eindigt, alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot een indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

21.5 De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:

- a 1 bij een verzekering met een contractstermijn van één jaar: per het eind van de eerste contractstermijn door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer, met een opzegtermijn van een maand.
 - 2 bij een verzekering met een contractstermijn van drie jaar: per het eind van de eerste contractstermijn, door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer, met een opzegtermijn van een maand.
 - 3 na stilzwijgende verlenging op elk gewenst moment door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer met een opzegtermijn van een maand.
- b binnen twee maanden nadat de verzekeraar een beroep gedaan heeft op het niet nakomen van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering;
- c binnen één maand na ontvangst van de mededeling van de verzekeraar dat premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekerde zijn gewijzigd;
- d in de gevallen als genoemd in de artikelen 16.3, 17.6 en 19.2. Uitsluitend bij de beëindiging op grond van het bepaalde in sub c en sub d, geschiedt de beëindiging van de verzekering onverminderd de rechten als gevolg van de reeds vóór het einde van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid. In deze gevallen wordt een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid die plaatsvindt na de datum waarop de verzekering eindigt, alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot een indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

22 ONOPZEGBAARHEID

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

7 - SLOTBEPALINGEN

23 AANSPRAKELIJKHEID BELASTING EN REVISIERENTE

Als de verzekeraar op grond van artikel 44a Invorderingswet aansprakelijk wordt gehouden voor de door de verzekeringnemer of de verzekerde verschuldigde belasting en/of revisierente, is de verzekeringnemer of de verzekerde gehouden het verschuldigde bedrag aan de verzekeraar te voldoen. De verzekeraar is voorts gerechtigd de betaling van de uitkering tot het beloop van de fiscale aanspraak op te schorten respectievelijk de fiscale aanspraak met de uitkering te verrekenen.

24 ADRES

De verzekerde is verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van een adreswijziging. Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatst bij de verzekeraar bekende adres of aan het adres van de intermediair.

25 KLACHTENBEHANDELING

Interne klachtenprocedure

Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de verzekeraar.

Klachten- en geschillenprocedure KiFiD

Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de directie van de verzekeraar voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is in de zin van de reglementen van het KiFiD kan

belanghebbende zich - binnen drie 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.

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.

26 TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

27 BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

De verzekeraar kan persoonlijke informatie vragen wanneer een financieel product of een financiële dienst wordt aangevraagd, gewijzigd en uitgevoerd. De verzekeraar vraagt dan bijvoorbeeld om naam, adres en woonplaats. Dit zijn persoonsgegevens. De

verzekeraar behoort tot de groep van bedrijven van SNS REAAL N.V. De verzekeraar heeft SNS REAAL N.V. aangesteld als verantwoordelijke voor het verwerken van persoonsgegevens van haar klanten. Uw gegevens worden voor de volgende doelen gebruikt:

- om overeenkomsten te sluiten en uit te voeren;
- om het klantenbestand te behouden en te vergroten;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector in stand te houden;
- om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- om statistieken te berekenen en deze te analyseren;
- om te voldoen aan de wet.

Het volledige privacy reglement van de verzekeraar is te lezen op www.reaal.nl. Ook andere bedrijven die behoren tot SNS REAAL N.V. kunnen persoonsgegevens voor deze doelen gebruiken.

Daarnaast is op dit gebruik de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. Deze Gedragscode is te lezen op: www.verbondvanverzekeraars.nl.

Tot slot kan de verzekeraar in verband met een verantwoord acceptatie- en uitkeringsbeleid informatie inwinnen bij of verstrekken aan de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

CLAUSULEBLAD TERRORISMEDEKKING BIJ DE NEDERLANDSE HERVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VOOR TERRORISMESCHADEN N.V. (NHT)

1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aanneemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aanneemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - als dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of als verzekeringnemer een rechtspersoon is met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of als verzekeringnemer een rechtspersoon is met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2 BEGRENZING VAN DE DEKKING VOOR HET TERRORISMERISICO

2.1 Als en voor zover met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op uitkering en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw.

Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar.

Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan:

alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3 UITKERINGSPROTOCOL NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage gedeponeerd onder nummer 27178761 en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003 grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de uitkering of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende

financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

- 3.2** De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

- 3.3** Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

- 3.4** De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op uitkering en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

