



Polisvoorwaarden **TAF GoedGezekerd AOV**

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

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

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



eenvoudig transparant

Inhoudsopgave

Algemene bepalingen

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

Bepalingen arbeidsongeschiktheid

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



eenvoudig transparant

1. Definities

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aandoening:

Een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand waarbij:

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

De oorzaak van geestelijke of psychische aandoeningen moet na de ingangsdatum van de verzekering liggen.

Aantoonbare, vaste maandelijkse last:

Een aantoonbare, vaste maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt die toe te rekenen is aan de verzekerde.

Onder aantoonbare vaste lasten in privé worden verstaan: bruto hypotheeklasten, huurlasten, aan de woning gerelateerde gemeentelijke belastingen, servicekosten VvE, energielasten, verzekeringspremies, wegenbelasting, leasekosten, abonnementskosten, kosten kinderopvang, studiekosten, alimentatie en kredietlasten (voor zover deze op de ingangsdatum van de verzekering aanwezig zijn).

Onder aantoonbare vaste zakelijke lasten worden verstaan: bruto hypotheeklasten of huurlasten van een bedrijfspand, abonnementskosten, leasekosten, verzekeringspremies, wegenbelasting, onroerend zaakbelasting.

Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder vaste lasten zijn: personeelskosten, elke vorm van inkomsten-, vennootschaps- of dividendbelasting, brandstofkosten, onderhoudskosten, reclamekosten en kosten voor persoonlijk onderhoud.

Aanvraagformulier:

Het document dat tot de polis heeft geleid.

Acceptatiedatum:

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

Addendum:

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

Administrateur:

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

Arbeidsongeschiktheid:

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

- Er is sprake van een aandoening, orgaandonatie of een ongeval;
- In relatie tot de aandoening, orgaandonatie of het ongeval bestaan er stoornissen;
- Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;
- Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;
- Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren
- Door deze objectiveerbare functiebeperking is de verzekerde voor minimaal de gekozen uitkeringsdrempel ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

Arts:

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

Beëindigingsdatum:

De datum waarop de verzekering wordt eindigt indien de verzekeringnemer de verzekering voor het bereiken van de einddatum opzegt of de datum waarop de verzekeraar de verzekering beëindigt.

Begunstigde(n):

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

Contractperiode:

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



eenvoudig transparant

Contractvervaldag:

De datum waarop de contractperiode eindigt.

Eigen risicoperiode:

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

Einddatum:

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

Fraude:

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

Gebrek:

Een lichamelijke en of geestelijke tekortkoming, het “zo zijn”.

Ingangsdatum:

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

Inkomen:

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

Voor de directeur-groootaandeelhouder: Het belastbare loon van de directeur-groootaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/ verminderd met het aan de directeur-groootaandeelhouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de BV. De belastbare winst of het verlies van de BV wordt vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen. Inkomsten uit loondienst, blijvend uit de jaargave(n) die vóór het ondernemerschap werden verdiend mits dit is verkregen door uitoefening van het beroep dat is verzekerd op deze verzekering.

Kind:

Het wettige, gewettigde en geadopteerde kind van de verzekerde.

Kwaadwillige besmetting:

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

Ongeval:

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

- verbranding, bevriezing, verdrinking, verstikking;
- uitputting, verhongering of verdorping als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
- wondinfectie en bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdend met een ongeval;
- verergering of complicaties van ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of directe medische behandeling van ongevalsletsels;
- acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige gassen, dampen of stoffen.

Partner:

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

Polis(blad):

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



eenvoudig transparant

Psycholoog/psychiater:

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

Schade:

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

Specialist:

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

Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel Toezicht genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Verzekeraar:

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

Verzekerde:

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

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag dat bij aanvang van de verzekering minimaal € 100,- en maximaal € 5.000,- bedraagt.

Verzekeringnemer:

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

Zelfdoding:

Het al dan niet opzettelijk beëindigen van het eigen leven.

2. Strekking van de verzekering

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

3. Grondslag van de verzekering

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

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

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



eenvoudig transparant

4.4 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:

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

4.5 Voor deze verzekering geldt dat de verzekeringnemer de verzekering per het einde van de eerste contractperiode op kan zeggen. Na afloop van de eerste contractperiode kan de verzekeringnemer de verzekering dagelijks opzeggen en wordt de verzekering per de laatste dag van de maand beëindigd.

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

- als de mate van arbeidsongeschiktheid toeneemt, het uitkeringspercentage niet wordt verhoogd;
- als de mate van arbeidsongeschiktheid afneemt, het uitkeringspercentage wel wordt verlaagd;
- alle verplichtingen uit deze voorwaarden, zolang de uitkering loopt, van toepassing blijven.

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

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

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

5. Premiebetaling

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

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



eenvoudig transparant

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

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

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

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

5.7 Premievrijstelling:

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

5.8 Einddatum premiebetaling:

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

a. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 30 dagen: 1 maand voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

b. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 60 dagen: 2 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

c. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 90 dagen: 3 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

d. Indien de gekozen Eigenrisicoperiode gelijk is aan 180 dagen: 6 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

e. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 365 dagen: 12 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad;

f. Indien de gekozen Eigen risicoperiode gelijk is aan 730 dagen: 24 maanden voor de einddatum van de verzekering als vermeld op het polisblad.

6. De verzekerde dekking tijdelijk stoppen

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

- de verzekerde tijdelijk in loondienst gaat, waarbij sprake is van dezelfde beroepsbezigheden;

- de verzekerde een sabbatical neemt;

- de verzekerde voor lange tijd in het buitenland verblijft;

- de verzekerde tijdelijk, door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid, geen inkomen heeft uit zijn/haar beroep.

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

Na de overeengekomen periode gaat de verzekering, per de eerste van de maand weer volledig in. Is de verzekerde aan het einde van de overeengekomen periode of op eerder moment definitief gestopt met de actieve beroepsbezigheden dan wordt de verzekering op grond van artikel 4 beëindigd.



eenvoudig transparant

- 6.2 Er is geen recht op een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, overlijden, zwangerschap of adoptie ontstaan gedurende de tijdelijke stopzetting van de verzekering.
- 6.3 Het tijdelijk stopzetten van de verzekering is mogelijk vanaf 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering en minimaal 3 jaar na het verstrijken van een eerdere periode waarin de verzekering tijdelijk is stopgezet.

7. Wijziging verzekerd maandbedrag

- 7.1 Verzekeringnemer heeft het recht om het verzekerd bedrag, zonder medische waarborgen, op de contractvervaldag met maximaal 20% per jaar te verhogen.
- 7.2 Een verhoging van het verzekerd bedrag is niet mogelijk indien:
- verzekerde de 60-jarige leeftijd heeft bereikt;
 - de einddatum van de verzekering binnen 5 jaar wordt bereikt;
 - verzekerde 3 maanden of korter voorafgaande aan het verzoek tot verhoging geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is of arbeidsongeschikt is geweest;
 - het verzekerde bedrag het maximum van € 6.500,- per maand heeft bereikt.
- 7.3 De verzekeringnemer heeft het recht om het verzekerd bedrag, per de eerste van de maand, zonder opgaaf van redenen te verlagen echter nooit tot een lager verzekerd bedrag dan € 100,- per maand. Is er sprake van een premiebetaling per jaar dan kan het verzekerd bedrag uitsluitend, na afloop van de contractperiode, op de contractvervaldag verlaagd worden.
- 7.4 De verzekeringnemer dient uiterlijk 30 dagen voor de gewenste wijzigingsdatum zijn verzoek tot verhoging of verlaging schriftelijk kenbaar te maken aan de verzekeraar.
- 7.5 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde maandbedrag betreft, zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging, waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum.

- 7.6 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een melding van arbeidsongeschiktheid of zwangerschap van de verzekerde die op de datum van de verzochte wijziging in behandeling is.

8. Verpanding, belening en premierestitutie

- 8.1 De verzekeringnemer kan de uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen niet aan een ander overdragen of verpanden.
- 8.2 De verzekering kan niet worden beleend.
- 8.3 De verzekering heeft geen afkoopwaarde.
- 8.4 De verzekering kan niet premievrij worden gemaakt. De verzekering heeft namelijk geen premievrije waarde, althans niet boven het wettelijk vastgestelde grensbedrag, omdat in de premie een korting is verwerkt wegens de kans op tussentijdse beëindiging.

9. Indexatie

- 9.1 Op het polisblad staat aangetekend of en op welke wijze de verzekering wordt geïndexeerd.
- 9.2 Geen indexatie:
Indien op het polisblad staat aangetekend dat er geen sprake is van indexatie dan blijven het verzekerd bedrag en de uitkering gedurende de looptijd gelijk.
- 9.3 Indexatie van het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering:
Indien op het polisblad staat aangetekend dat er sprake is van indexatie van het verzekerd bedrag, de premie en de uitkering dan stijgen het verzekerd bedrag, de uitkering en de premie jaarlijks met het percentage als vermeld op het polisblad. De stijging vindt telkens plaats op de contractvervaldag. Het verzekerd bedrag of de uitkering is nooit hoger dan € 6.500,- per maand. Indien als gevolg van indexatie het verzekerd bedrag of de uitkering de grens van € 6.500,- per maand zou overschrijden, blijven het verzekerd bedrag, de uitkering en de premie gelijk aan de bedragen in het voorgaande jaar.



eenvoudig transparant

9.4 Indexatie van de uitkering:

Indien op het polisblad staat aangetekend dat er sprake is van indexatie van de uitkering dan stijgt de uitkering jaarlijks met het percentage als vermeld op het polisblad. De stijging vindt telkens plaats na het verstrijken van een heel jaar gerekend vanaf de startdatum van de Eigen risicoperiode van de schade waarop de uitkering betrekking heeft.

De uitkering is nooit hoger dan € 6.500,- per maand. Indien als gevolg van indexatie de uitkering de grens van € 6.500,- per maand zou overschrijden, blijft de uitkering gelijk aan het bedrag in het voorgaande jaar.

Bij beëindiging van de uitkering wordt de verzekering voortgezet met het verzekerd bedrag zoals dit van toepassing was voor de startdatum van de Eigen risicoperiode van de schade waarop de uitkering betrekking had. Indien er sprake is van samengestelde periodes van arbeidsongeschiktheid zoals beschreven in artikel 20.5 dan zal de jaarlijkse stijging van de uitkering worden voortgezet op basis van het verzekerd bedrag ten tijde van de initiële startdatum van de Eigen risicoperiode.

10. Begunstiging en aanvaarding

10.1 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen als gevolg van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde zullen worden uitgekeerd aan de verzekeringnemer.

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

1. Verzekeringnemer;
2. Partner;
3. Kind(eren);
4. Erfgenamen: degenen die krachtens erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap, daaronder begrepen hun erfgenamen en rechtverkrijgenden onder algemene titel. Het onderlinge verdelen geschiedt in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn gerechtigd.

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

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

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

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

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

11. Terugvordering

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

12. Verhaal van kosten en belasting

12.1 De medische keuringskosten komen voor rekening van de verzekeringnemer indien de kandidaat-verzekerde na een medische keuring zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden doch de verzekeringnemer of de verzekerde hiervan afziet. Onder deze kosten vallen ook de kosten die worden gemaakt voor geneeskundig onderzoek in verband met het in kracht herstellen van de verzekering.

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



eenvoudig transparant

13. Fraude

13.1 Fraude heeft tot gevolg dat:

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

14. Wijziging van van premie en/of voorwaarden

14.1 Verzekeraar kan de premie en voorwaarden per contractvervaldag aanpassen. Verzekeraar verhoogt of verlaagt de premie met maximaal 20% per jaar. De nieuwe premie en/of voorwaarden gaan in op de ingangsdatum van de nieuwe contractperiode. De verzekeraar informeert de verzekeringnemer minimaal 3 maanden voor de contractvervaldag over de wijziging van de premie en/of voorwaarden. Is de verzekerde op het moment van de aanpassing op grond van deze voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering.

14.2 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dan wel uitzonderlijke omstandigheden zich voordoen die een wijziging van de premie en/of voorwaarden noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijs te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder of besluit van een bevoegde gerechtelijke instantie. De verzekeraar doet hiervan, minimaal 3 maanden voor de vastgestelde datum, mededeling aan de verzekeringnemer, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk verschijnend dagblad. Indien ingevolge gewijzigde wet- en/of regelgeving, rechtspraak of een besluit van een toezichthouder een eerdere datum is voorgeschreven doet de verzekeraar zo spoedig mogelijk mededeling aan verzekeringnemer. Is de verzekerde op

het moment van de aanpassing op grond van deze voorwaarden arbeidsongeschikt en/of wordt er op grond van deze voorwaarden een uitkering verstrekt dan worden de premie en/of voorwaarden pas aangepast als er geen recht meer is op deze uitkering tenzij een dwingende verzekeringsvoorschrift anders bepaalt.

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

14.4 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 14.3 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, nadat de verzekeraar de mededeling heeft verzonden, schriftelijk informeren. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 14.1 en 14.2 bedoelde datum beëindigd.

14.5 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 14.3 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe premie en/of voorwaarden.

15. Verval van rechten en verjaring

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

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



eenvoudig transparant

16. Adreswijzigingen, correspondentie en verwerking persoonsgegevens

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

16.2 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand kennis te geven van elke adreswijziging of wijziging van het e-mailadres van zowel de verzekeringnemer, de verzekerde als de premiebetaler. Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste, bij de verzekeraar bekende, adres of bij ontbreken van een bekend adres aan het adres van de laatste, bij de verzekeraar bekende, tussenpersoon die bemiddeld heeft voor de totstandkoming van de verzekering.

16.3 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar binnen 1 (zegge: één) maand te informeren indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde en/of de premiebetaler niet meer in Nederland woonachtig is en/of niet meer als zodanig staat ingeschreven in de BRP.

16.4 Bij een kennisgeving door de verzekeraar en/of administrateur aan een bij de verzekering belanghebbende kan worden volstaan met een niet-aangetekende brief of e-mail te verzenden aan het laatst door de belanghebbende aan de verzekeraar meegedeelde (e-mail)adres.

16.5 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer en bij de verzekering belanghebbenden worden geacht hen te hebben bereikt en zij worden geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).

16.6 Correspondentie aan de verzekeraar dient gericht te worden aan:

TAF B.V. (administrateur)
Postbus 4562
5601 EN Eindhoven

16.7 De verzekeraar en de administrateur verwerken persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor het aangaan of uitvoeren van een andere verzekering van dezelfde soort bij TAF, voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, voor audits, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, onze organisatie, medewerkers en cliënten.

Het is mogelijk dat persoonsgegevens worden doorgegeven aan een ontvanger in een land buiten de Europese Economische Ruimte. De verzekeraar en/of administrateur zal erop toezien dat een dergelijke doorgifte in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving. De verzekeraar en/of administrateur blijft verantwoordelijk voor deze verwerkingen.

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



eenvoudig transparant

17. Meldingsplicht

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

- a. de verzekerde zijn of haar beroep, als in de polis vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging:
 - geen risicoverzwaren inhoudt;
 - wel risicoverzwaren inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie;
- b. de verzekerde voor langer dan 2 maanden naar het buitenland vertrekt;
- c. de verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- d. de verzekerde, de partner van de verzekerde of een kind van de verzekerde dat de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, komt te overlijden;
- e. de verzekerde gedurende meer dan 2 maanden minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen; tenzij de verzekering op grond van artikel 6 tijdelijk is stopgezet;
- f. de verzekerde geheel of gedeeltelijk de actieve beroepsbezigheden heeft beëindigd; of het bedrijf waarin verzekerde werkzaam is wordt beëindigd;
- 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, surseance 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.

17.2 Als de nabestaande nalaat om de verzekeraar uiterlijk binnen 2 maanden melding te geven van het overlijden van de verzekerde, partner of kind van de verzekerde, is de verzekeraar gerechtigd de uitkering achterwege te laten.

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

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

18. Klachtenbehandeling

18.1 Voor alle klachten over de uitvoering van deze overeenkomst geldt de onderstaande procedure:

a. Interne klachtenprocedure:

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

b. Klachten- en geschillenprocedure KiFiD:

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

Belanghebbende kan zich wenden tot:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KiFiD")

Postbus 93257

2509 AG Den Haag

Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)

www.kifid.nl



eenvoudig transparant

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

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

19. Toepasselijk recht

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

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

20.1 Er is recht op een uitkering indien er op grond van deze voorwaarden sprake is van arbeidsongeschiktheid en de verzekerde zijn of haar werkzaamheden niet conform de gekozen uitkeringsdrempel, uit kan voeren.

20.2 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar overgaat tot het staken, opheffen of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, of zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar zijn aandelen daarin verkoopt, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid. Indien de verzekeraar voorafgaand toestemming heeft gegeven, wordt op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid beoordeeld.

20.3 Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

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

20.4 De verzekerde dient in de 4 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Indien aan bovengenoemde voorwaarde niet is voldaan als gevolg van vakantie of periodes tussen twee opdrachten dan dient de verzekerde in de 14 weken direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid minimaal 8 weken voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Indien aan bovengenoemde voorwaarden niet is voldaan bestaat er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.

20.5 Indien de verzekerde na beëindiging van een schade opnieuw arbeidsongeschikt wordt geldt dat:

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

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

Indien verzekerde na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar overgaat tot het staken, opheffen of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, of zonder voorafgaande toestemming van de verzekeraar zijn



eenvoudig transparant

aandelen daarin verkoopt, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid (ook wanneer is gekozen voor beroepsarbeid). Indien de verzekeraar voorafgaand toestemming heeft gegeven, vindt de beoordeling plaats op basis van de dekkingskeuze van verzekerde zoals vermeld op het polisblad.

20.7 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid:

Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden, met inachtneming van artikel 26.3 onderdeel h, in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kunnen worden verlangd. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de eigen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.

20.8 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:

Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van passende werkzaamheden. Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden in redelijkheid en volgens deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd. Bij het op die manier vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met verminderd inkomen en met verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde passende werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, inclusief overuren, tot een maximum van 50 uur per week, werkte.

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

21. Uitkeringsdrempel arbeidsongeschiktheid

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

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

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

22. Uitkeringsduur bij arbeidsongeschiktheid

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

22.2 Uitkeringsduur:

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



eenvoudig transparant

23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

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

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

23.2 Indien de verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid dan dient deze dit binnen 30 dagen kenbaar te maken aan de verzekeraar en aan te geven waarop het bezwaar is gebaseerd. De verzekeraar neemt het bezwaar in behandeling en probeert samen met de verzekerde tot een oplossing te komen. Lukt dit niet dan kan verzekerde binnen 30 dagen nadat de verzekeraar haar standpunt aan de verzekerde kenbaar heeft gemaakt verzoeken om een contra-expertise (second opinion) uit te laten voeren. In overleg tussen de verzekeraar en verzekerde wordt bepaald welke deskundige de contra-expertise uitvoert. De kosten van de contra-expertise worden door de verzekeraar vergoed.

De uitslag van de contra-expertise is zowel voor de verzekeraar als voor de verzekerde bindend.

Indien de mate van arbeidsongeschiktheid hoger of lager blijkt dan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals in eerste instantie bepaald door de verzekeraar, dan wordt de uitkering met terugwerkende kracht aangepast aan de mate van arbeidsongeschiktheid zoals bepaald tijdens de contra-expertise.

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

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

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

24. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

24.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens de gekozen uitkeringsdrempel als omschreven in artikel 21.1 en 21.2 bedraagt het uitkeringspercentage bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

0% tot 25%:

0% van het verzekerde maandbedrag;

25% tot 35%:

30% van het verzekerde maandbedrag;

35% tot 45%:

40% van het verzekerde maandbedrag;

45% tot 55%:

50% van het verzekerde maandbedrag;

55% tot 65%:

60% van het verzekerde maandbedrag;

65% tot 80%:

75% van het verzekerde maandbedrag;

80% of meer:

100% van het verzekerde maandbedrag.

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



eenvoudig transparant

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

- blijkt dat het verzekerde maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger was dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van de verzekerde vermeerderd met een bedrag van € 750,- voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten of
- indien het verzekerde maandbedrag bij aanvang van de verzekering hoger is dan € 2.500,- blijkt dat het verzekerde maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering hoger was dan 85% van het gemiddelde inkomen van verzekerde in de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum.

24.4 Indien de verzekeraar op basis van artikel 24.3 het recht heeft het verzekerde bedrag te verlagen dan wordt het verzekerde bedrag verlaagd tot:

- de op de ingangsdatum van de verzekering aantoonbare vaste maandelijkse lasten, vermeerderd met € 750,- voor niet aantoonbare lasten. Indien de aantoonbare vaste maandelijkse lasten direct voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid hoger zijn dan ten tijde van het aangaan van de verzekering wordt uitgegaan van de van de aantoonbare vaste maandelijkse lasten direct voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid.
- 85% van het gemiddelde inkomen over de drie kalenderjaren voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering. Indien het gemiddelde inkomen over de drie kalenderjaren voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid hoger is dan de drie kalenderjaren voor de ingangsdatum van de verzekering wordt uitgegaan van het gemiddelde inkomen over de drie kalenderjaren voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid.

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

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

25. Uitsluitingen arbeidsongeschiktheid

25.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat:

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
- b. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of van verdoovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na vermindering door een ongeval;
- d. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het niet voldoen aan gestelde veiligheidsvoorschriften;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam 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;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, in stand gehouden wordt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.



eenvoudig transparant

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

i. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door –hetzij direct, hetzij indirect - een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitierij 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 gedeponneerd onder nummer 136/1981;

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

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

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

26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

26.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de Eigen risicoperiode of, indien de Eigen risicoperiode langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, wordt de Eigen risicoperiode verlengd met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden.

Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.

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

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

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

b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen(huis)arts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval en/of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken;

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 te bewaren die voor vaststelling van de het verzekerd bedrag alsmede aantoonbare vaste maandlasten en/of het inkomen noodzakelijk zijn en deze, indien de eerste dag van arbeidsongeschiktheid binnen 5 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt, aan de verzekeraar te verstrekken. Benodigde gegevens zijn bijvoorbeeld, maar uitdrukkelijk niet daartoe beperkt, rekeningafschriften en inkomensbescheiden;



eenvoudig transparant

- e. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van gehele of gedeeltelijke werkhervatting, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;
- f. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
- g. Vooraf tijdig overleg te plegen met de verzekeraar bij voorgenomen verkoop van zijn bedrijf en/of beëindiging van de verzekerde beroepswerkzaamheden;
- h. Alle medewerking te verlenen aan re-integratie en aan aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid. Indien de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de verzekeraar het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid, dan wel de uitkering te beëindigen.

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

27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

27.1 Een uitkering eindigt:

- a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
- b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.4 of 4.5 van deze voorwaarden;
- c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 22, is verstreken.

28. Voorlopige dekking

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

28.2 In afwijking van artikel 4.2 geldt dat de verzekerde risico's gedekt zijn vanaf de datum waarop de administrateur de acceptatiebevestiging heeft verzonden. Vanaf dat moment zijn de voorwaarden zoals deze gelden vanaf de ingangsdatum van de verzekering van toepassing.

28.3 De voorlopige dekking eindigt:

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

28.4 Er is geen sprake van voorlopige dekking:

- voor op de aanvraagdatum bestaande ziektes, klachten en/of aandoeningen,
- indien verzekerde eerder voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering is afgewezen of vanwege medische redenen niet op normale voorwaarden is geaccepteerd,
- als verzekeringnemer het voorstel van de verzekeraar ontvangt en dit voorstel niet accepteert.

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



eenvoudig transparant

29. Fiscaliteit en betaling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

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

29.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden dat de arbeidsongeschiktheid na de Eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang er recht bestaat op een uitkering conform deze voorwaarden voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen. Deze bepaling heeft expliciet alleen betrekking op de fiscaliteit van de uitkering en niet op de opeisbaarheid van de vordering of de aanvang van de verjarings- of vervaltermijnen.

30. Vergoeding re-integratiekosten

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

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

31. Zwangerschap/bevalling

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

31.2 Op de uitkering bestaat alleen recht indien:

- a. De vermoedelijke bevallingsdatum minimaal 2 jaar na de ingangsdatum van de verzekering ligt;
- b. De zwangerschap minimaal 26 weken heeft geduurd.

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

31.4 Het recht op uitkering gaat in 6 weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum of wanneer de bevalling eerder plaatsvindt op de dag van de bevalling. Indien op enig moment op grond van deze verzekering zowel recht zou bestaan op een arbeidsongeschiktheidsuitkering als op een zwangerschaps-/bevallingsuitkering zal de periodieke uitkering gedurende deze periode nooit meer bedragen dan 100% van het verzekerd maandbedrag.

32. Adoptie

32.1 Bij adoptie van één of meerdere kinderen voorziet deze verzekering, eenmalig tijdens de looptijd van de verzekering, in een uitkering ter hoogte van 2 maal het verzekerd maandbedrag. Om voor de uitkering in aanmerking te komen moet de adoptiedatum minimaal 2 jaar na de ingangsdatum van de verzekering liggen. Het recht op uitkering gaat in op de datum waarop het bewijs van adoptie wordt aangeleverd aan de verzekeraar. De verzekerde is verplicht dit bewijs in zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 3 maanden na de adoptiedatum aan te leveren. Indien het bewijs niet tijdig wordt aangeleverd vervalt het recht op de uitkering.



eenvoudig transparant

33. Uitkering bij overlijden

- 33.1 Overlijdt de verzekerde gedurende de periode dat deze een uitkering bij arbeidsongeschiktheid ontvangt dan vindt, in afwijking van hetgeen in artikel 4.4, is vermeld, nog een uitkering plaats ter hoogte van drie maal het verzekerde maandbedrag.
- 33.2 Overlijdt de verzekerde voor de einddatum van de verzekering, maar is er op dat moment geen sprake is van arbeidsongeschiktheid dan vindt, indien het overlijden direct en uitsluitend het gevolg is van een ongeval, een uitkering plaats ter hoogte van drie maal het verzekerd maandbedrag.
- 33.3 Bij het overlijden van de partner van de verzekerde dan wel een kind van de verzekerde, dat de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, voor de einddatum van de verzekering dan vindt, indien het overlijden direct en uitsluitend het gevolg is van een ongeval, een uitkering plaats ter hoogte van drie maal het verzekerd maandbedrag. Er is maximaal één keer gedurende de looptijd van de verzekering recht op een uitkering op grond van dit lid.
- 33.4 Indien de verzekerde uitkering bij overlijden opeisbaar is geworden, gaat de verzekeraar tot uitkering over, zodra de verzekeraar stukken ontvangen heeft waardoor naar haar oordeel bewezen wordt dat en aan wie enige uitkering verschuldigd is.
- 33.5 Over gedane uitkeringen wordt geen rente vergoed.
- 33.6 De uitkering als gevolg van overlijden wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van de verzekeringnemer komen.
- 33.7 Betaling van de uitkering als gevolg van overlijden geschiedt door bijschrijving op een door de rechthebbende aangewezen rekening bij een in Nederland dan wel in een andere lidstaat van de Europese Unie gevestigde bankinstelling, in een wettig Nederlands betaalmiddel.

34. Uitsluitingen overlijden

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

35. Verplichtingen bij schade en bewijsstukken bij overlijden

- 35.1 Het verzekerd bedrag als gevolg van overlijden wordt uitbetaald nadat de volgende stukken door de verzekeraar zijn ontvangen en het recht op uitkering door de verzekeraar is vastgesteld:
- a. Een origineel uittreksel uit het overlijdensregister of ander wettig bewijs van overlijden van de verzekerde;
 - b. Een verklaring van de begunstigde en/of arts over de oorzaak van de dood van de verzekerde;
 - c. Een schriftelijk verzoek tot uitbetaling met de naam en de geboortedatum van de begunstigde(n), een kopie identiteitsbewijs, het eigen bankrekeningnummer; alsmede en kopie bankafschrift;



eenvoudig transparant

d. indien aanspraak wordt gemaakt op een uitkering bij overlijden door een ongeval als bedoeld in artikel 33.2 of 33.3: een verklaring over de oorzaak en omstandigheden van het overlijden. Bij deze melding dienen bijzonderheden te worden meegedeeld, waaronder aard, plaats, tijd en oorzaak van het ongeval en de omstandigheden waaronder het ongeval plaatsvond.

35.2 De ingeleverde stukken kan de verzekeraar als haar eigendom behouden. De verzekeraar kan aanvullende inlichtingen of bewijzen verlangen of deze zelf inwinnen, als dit ter vaststelling van het recht op een uitkering of de omvang van de uitkering nodig wordt geacht. Zolang de verzekeraar deze inlichtingen of bewijzen niet heeft ontvangen is zij gerechtigd een uitkering op te schorten.

35.3 De verzekeraar is slechts tot uitkering gehouden tegen een door alle rechthebbenden, respectievelijk hun wettelijke vertegenwoordigers gezamenlijk ondertekende algehele kwijting.



eenvoudig transparant