

POLISVOORWAARDEN TAF ZELFSTANDIGENPLAN



EENVOUDIG TRANSPARANT

1. DEFINITIES

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aanvraagformulier:

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

Administrateur:

TAF B.V., Postbus 4562 5601 EN EINDHOVEN, tevens de vertegenwoordiger van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 010-599 33 55
E-mail: info@taf.nl

Claim:

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

Eigen risicoperiode:

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

Eigen werkzaamheden:

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

Einddatum:

De datum waarop de verzekering eindigt genoemd in het polisblad.

Huisarts:

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

Kerninstallatie:

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

Medisch objectiveerbaar:

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

Ongeval:

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

Passende arbeid:

Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid en volgens deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd. Alleen functies die hoogstens één ARBI-niveau (functieniveau) lager liggen dan de oorspronkelijke functie kunnen als passend worden beschouwd.

Polis:

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

Psycholoog:

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

Premievervaldag:

De datum waarop premie verschuldigd is.

Specialist:

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

Tussenpersoon:

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

Verzekeraar:

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

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 125,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis. Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 90% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van de verzekerde, welke de verzekerde reeds op de ingangsdatum van de verzekering verschuldigd is. Een vaste, aantoonbare maandelijkse last is een periodiek terugkerende last waar een privaatrechtelijke overeenkomst aan ten grondslag ligt. De aantoonbare, maandelijkse last is ten behoeve van het verblijf van de verzekerde in Nederland en is in Nederland verschuldigd. Onder vaste, aantoonbare lasten kan o.a. worden verstaan: bruto hypotheeklasten, huur, gas, water, licht, kredietlasten, verzekeringpremies, leasekosten. Wat uitdrukkelijk niet wordt verstaan onder vaste, aantoonbare lasten zijn: elke vorm van belasting, reclamekosten, brandstofkosten, onderhoudskosten, kosten voor persoonlijk onderhoud. De aantoonbare vaste lasten mogen maximaal met € 500,- worden verhoogd voor persoonlijke, niet aantoonbare vaste maandelijkse lasten. Het totale verzekerde maandbedrag is nooit hoger dan € 5.000,- per verzekerde per polis.

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

Verzekerde:

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

Verzekeringnemer:

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

Zelfstandig ondernemer:

Hieronder wordt verstaan de persoon die;

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

Ziekte, gebrek of letsel:

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

2. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

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

3. AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- 3.1 De verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld, met inachtneming van de bepalingen in artikel 17;
- 3.2. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 1 (zegge: één) maand na afgiftedatum van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad, per aangetekend schrijven, te retourneren aan de administrateur. De administrateur zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten;
- 3.3. De verzekering is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier de verzekering langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform punt 3.4.b van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met de tussenpersoon en de verzekeringnemer;
- 3.4. De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
- Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het polisblad;
 - Op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt;

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

3.7 Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd, behoudens punt 3.2 van dit artikel. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

4. UITKERING BIJ OVERLIJDEN

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

5. DEKKING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

5.1 Gedurende de looptijd van deze verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt de verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag dat:

1. de verzekerde zijn eigen werkzaamheden voor minimaal 35% heeft gestaakt, en
2. de verzekerde zich onder behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Alvorens tot uitkering te kunnen overgaan dient de ziekte of het letsel die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft definitief te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke geneeskundig adviseur. Aanvullend geldt dat alvorens tot uitkering kan worden overgegaan bij arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de psychiatrische aandoening definitief dient te zijn gediagnosticeerd door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater;

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

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

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

6. RECHT OP UITKERING

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

6.2 Zolang de verzekerde arbeidsongeschikt is, zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen, zoals arbeidsdeskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Indien de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen, na ontvangst van de mededeling, schriftelijk bezwaar heeft ingediend, wordt hij geacht het standpunt van de verzekeraar te aanvaarden;

- 6.3 Na het tweede ziektejaar bestaat het recht (met de in acht genomen dekkingskeuze zoals vermeld in artikel 6.5 van deze voorwaarden) op een vervolgitkering bij arbeidsongeschiktheid, nadat de verzekerde opnieuw gekeurd is door een door de verzekeraar of de administrateur aangewezen onafhankelijke (keurings)arts en/of (arbeids)deskundige en hierbij arbeidsongeschikt is verklaard voor passende werkzaamheden. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige en/of (keurings)arts;
- 6.4 Mochten de verzekerde en de verzekeraar na aanvang van het tweede ziektejaar (artikel 6.3) niet binnen 12 weken, overeenstemming hebben bereikt over de mate van arbeidsongeschiktheid, dan zullen zij elk een deskundige aanwijzen ter vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan. Zijn de door de verzekeraar en de verzekerde aangewezen deskundige(n) het eens inzake de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan, dan draagt de verzekeraar de kosten van de door de verzekerde aangewezen deskundige. Ontbreekt de bedoelde overeenstemming dan dienen de door de verzekeraar en de verzekerde aangewezen deskundigen een derde deskundige aan te wijzen die de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan bepaalt met in achtneming van hetgeen daarover elders in deze voorwaarden is vermeld. De door deze laatst aangestelde deskundige bepaalde arbeidsongeschiktheid en mate daarvan is voor partijen bindend. De verzekeraar en de verzekerde dragen de kosten van deze deskundige elk voor 50%;
- 6.5 Het recht op een vervolgitkering, na het tweede jaar, hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.

Er zijn vijf verschillende dekkingskeuzes mogelijk:

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

4. BasisP35: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is;
5. VerlengdP35: de verzekerde heeft recht op een vervolgitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is.

7. UITKERINGSDUUR

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

8. HOOGTE UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

9. ALGEMENE UITSLUITINGEN

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

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval;
- b. Indien de ziekte of aandoening die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft is aangevangen binnen 90 dagen na de ingangsdatum;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard hebben is enkel sprake van dekking, tenzij anders op het polisblad aangegeven, indien uit het medisch dossier van de verzekerde blijkt dat de verzekerde volledig is hersteld van de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) en dat gedurende 60 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/ of recidive van deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad en de verzekerde gedurende deze periode voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van (na)controle of (na) behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een huisarts of specialist heeft geraadpleegd is, ondanks bovengenoemde passage, uitgesloten van dekking;
- d. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens het gebruik van en/of (mede) het gevolg is van het gebruik van alcohol, en/of van verdovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke middelen;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/ of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is of gerelateerd kan worden aan zwangerschap of de geboorte van een kind;
- g. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van deelname van de verzekerde aan of diens training voor vechtsport, onderwatersport, bergbeklimming of enige andere klimsport, alle deelname aan snelheidswedstrijden anders dan te voet, alsmede alle vormen van verplaatsing door de lucht anders dan als betalend passagier van een commerciële luchtvaartmaatschappij; onder laatstgenoemde activiteit wordt tevens verstaan parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten;
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat door de hantering van explosieven;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van pogingen tot zelfdoding, zelf toegebracht letsel en het betrokken zijn van de verzekerde bij misdrijven;
- k. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- l. Indien een claim niet binnen de verplichte termijn van aanmelding conform artikel 10.1 wordt gemeld. De administrateur zal hierbij handelen met in achtneming van het bepaalde in artikel 7:941 BW;
- m. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/ of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect – een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, mouterij of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponereerd onder nummer 136/1981;

- n. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- o. Gedurende de periode dat de verzekerde in Nederland of in het buitenland in voorlopige hechtenis is genomen, Ter Beschikking Stelling opgelegd heeft gekregen en/of gevangenisstraf uitzit;
- p. Indien de verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- q. Indien de verzekerde na het ontstaan van arbeidsongeschiktheid niet volledig, en/of niet tijdig meewerkt en/of in het geheel niet meewerkt aan de vaststelling van de oorzaak en mate van zijn arbeidsongeschiktheid;
- r. Indien de verzekerde na het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid de verplichtingen tot het verstrekken van informatie en/of het meewerken aan onderzoek(en) ter vaststelling van de oorzaak en mate van arbeidsongeschikt niet is nagekomen.

10. VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- 10.1 De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht de administrateur zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van zijn claim bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, schriftelijk in kennis te stellen van deze claim;
- 10.2 Na de eerste melding van de arbeidsongeschiktheid ontvangt de verzekerde en/of de verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden teruggestuurd aan de administrateur;
- 10.3 De verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de claim, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan. Wordt de claimmelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan en/of na de termijn zoals vermeld in artikel 10.1, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de claim is gemeld;

- 10.4 De verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
- a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een huisarts of specialist te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende huisarts, specialist en/of medisch adviseur van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en alles na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;
 - b. Iedere door de verzekeraar aan te wijzen huisarts, specialist, psycholoog, psychiater en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 - c. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
 - d. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan de verzekeraar te verstrekken die voor de vaststelling van de aantoonbare vaste maandlasten noodzakelijk zijn, zoals rekeningafschriften;
 - e. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
 - f. Alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om door middel van aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuiving binnen het eigen bedrijf weer werkzaamheden te verrichten;
 - g. De verzekeringnemer is gehouden de onder 10.4 sub a,b,c,d,e en f genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt;

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

11. EINDE VAN (HET RECHT OP) UITKERING

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

12. OPEENVOLGENDE CLAIMS

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

- 12.3 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is beëindigd in verband met het volledige herstel (80% of meer) van de verzekerde en de verzekerde wordt als gevolg van een andere reden van arbeidsongeschiktheid hernieuwd voor minimaal 35% arbeidsongeschikt, dan kan de verzekerde alleen dan een claim indienen, indien de verzekerde minimaal 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt vanaf de datum dat de eerdere claim is beëindigd;

- 12.4 Indien de hernieuwde arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval zijn de artikelen 12.1 en 12.3 niet van toepassing.

13. WIJZIGING

- 13.1 De verzekerde kan schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag en/of de dekking te wijzigen. De maximaal toegestane verlaging van het verzekerde maandbedrag is 25% per jaar. Het maandbedrag mag maximaal verhoogd worden tot € 5.000,-. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad;
- 13.2 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde kapitaal en/of uitbreiding van de dekking betreft zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging, waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in artikel 9 lid a, b, en c genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum;
- 13.3 Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag en/of uitbreiding van de dekking geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een claim van deze verzekerde die de administrateur op de datum van de verzochte wijziging in behandeling heeft.

14. BEGUNSTIGING

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

15. MAXIMALE UITKERING

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

16. FISCALITEIT EN BETALING VAN DE UITKERING

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

16.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 8, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 8) op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.

17. PREMIEBETALING

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

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

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

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

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

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

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

18. TERUGVORDERING

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

19. VERHAAL VAN KOSTEN EN BELASTING

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

20. WIJZIGING VAN DE TARIEVEN EN/OF VOORWAARDEN

- 20.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een wijziging in arbeidsongeschiktheid tarieven noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijze te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder. Onder uitzonderlijke omstandigheden worden verstaan: ontwikkelingen in het schadeverloop van de arbeidsongeschiktheidsportefeuille van de verzekeraar die aantoonbaar een zodanige verslechtering van de financiële positie van de verzekeraar tot gevolg hebben, dat een voortdurende ongewijzigde dekking van het risico niet van de verzekeraar kan worden verlangd. De bovengenoemde uitzonderlijke omstandigheden moet worden bevestigd door een onafhankelijke actuaaris;
- 20.2 De verzekeraar doet van de voorgenomen wijziging individueel mededeling, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk verschijnend dagblad;
- 20.3 Een dergelijke wijziging gaat in op een door de verzekeraar vastgestelde datum. Deze datum zal niet eerder zijn dan 30 dagen na verzending van de in lid 2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven;
- 20.4 De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren, indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking. Geen recht van weigering bestaat indien het een verplichte wijziging betreft, die het rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van een verzekeringsvoorschrift;
- 20.5 Indien de verzekeringnemer van het in lid 4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in lid 3 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering met ingang van de in lid 3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat, geacht te zijn beëindigd;

- 20.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in lid 4 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

21. VERVAL VAN RECHTEN EN VERJARING

- 21.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 6 maanden nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 6 maanden het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt;
- 21.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

22. ADRESWIJZIGING EN PRIVACY

- 22.1 De verzekeringnemer is verplicht de administrateur binnen 30 dagen, schriftelijk of per e-mail, kennis te geven van elke adreswijziging van zowel de verzekeringnemer als de verzekerde;
- 22.2 Mededelingen door de administrateur aan de verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij de administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon. De verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en) ;
- 22.3 De te verstrekken en reeds verstreekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl of op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

23. MELDINGSPLICHT

- 23.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en/of nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct te melden wanneer:
- De verzekerde voor langer dan één maand naar het buitenland vertrekt;
 - De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
 - 90% van de vaste aantoonbare maandlasten lager wordt dan het verzekerde maandbedrag;
 - De verzekerde komt te overlijden;
 - De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
 - De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
 - De verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;
 - De verzekerde op de hoogte is van het feit dat het bedrijf waar de verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt surséance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard, dan wel de Wet Persoonlijke Schuldsanering op hem van toepassing is;
 - De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat.

24. TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTENBEHANDELING

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

AANVULLENDE POLISVOORWAARDEN

T.B.V. DE TAF MAANDLASTBESCHERMER QL MLB 01-2010
EN HET TAF ZELFSTANDIGENPLAN QL ZSP 01-2010



EENVOUDIG TRANSPARANT

1. DEFINITIES

In deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden gelden de volgende definities:

Aanvraagformulier:

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

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 B.V., Postbus 4562 5601 EN EINDHOVEN, tevens de vertegenwoordiger van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 010-599 33 55
E-mail: info@taf.nl

Begunstigde:

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

Einddatum van de verzekering:

De in het polisblad genoemde datum waarop de verzekering zonder uitkering wordt beëindigd, indien de verzekerde(n) dan in leven is/zijn.

Ingangsdatum van de verzekering:

De in het polisblad vermelde datum waarop de verzekering in werking treedt.

Looptijd van de verzekering:

Het tijdvak gelegen tussen de ingangsdatum en de einddatum van de verzekering.

NBC-Terrorisme:

Een handeling van NBC-Terrorisme betekent elke handeling, daaronder begrepen, zonder dat dit een beperking inhoudt, het gebruik van dwang of geweld en/of de dreiging daarvan, door een persoon of een groep van personen die alleen of in naam van of in verband met één of meerdere organisaties of overheden of regeringen handelt c.q. handelen en die zijn toegewijd aan politieke, godsdienstige, ideologische of soortgelijke doelstellingen, met het doel om druk uit te oefenen op een regering en/of om angst te zaaien onder de bevolking of een deel van de bevolking, welke rechtstreeks of indirect voortvloeit uit het vrijkomen van Nucleaire, Biologische of Chemische stoffen.

Ongeval:

Een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling en onvrijwillig op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld. Dit geweld gebeurt buiten de wil om van de verzekeringnemer, de verzekerde en de begunstigde(n) en komt van buiten af.

Polis:

De schriftelijke weergave van de verzekeringsovereenkomst die tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar is gesloten, bestaande uit het aanvraagformulier, het polisblad, de onderhavige algemene verzekeringsvoorwaarden en eventuele toegevoegde clausulebladen.

Polisblad:

De samenvatting van de uitkeringen onder de polis, de verschuldigde premie en de eventuele speciale voorwaarden die van toepassing zijn.

Premie:

De bedragen die door de verzekeringnemer aan de verzekeraar onder de polis verschuldigd zijn, zoals vermeld op het polisblad.

Premievervaldatum:

De datum waarop volgens het polisblad de premie verschuldigd wordt.

Tussenpersoon:

De rechtspersoon via wiens bemiddeling de verzekering tot stand is gekomen.

Verzekeraar:

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

Verzekerde:

De natuurlijke perso(o)n(en) op wiens leven de verzekering is afgesloten.

Verzekerd kapitaal bij overlijden:

De verzekerde maandelijkse uitkering welke op het polisblad staat vermeld.

Verzekering:

De overeenkomst inzake een nabestaandenverzekering.

Verzekeringnemer:

De (rechts-)perso(o)n(en) die de verzekering sluit(en) of diens rechtsopvolger(s).

2. BASIS VAN DE VERZEKERING

- 2.1. De informatie en de verklaringen die door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de verzekeraar, onder andere op het aanvraagformulier worden beschouwd deel van de polis uit te maken. De verzekeringnemer dient de verzekeraar, voorafgaande aan het sluiten van de verzekering, in kennis te stellen van alle feiten waarvan hij kennis heeft of zou moeten hebben en waarvan hij weet of had moeten begrijpen dat daar de beslissing van de verzekeraar of deze bereid is om de verzekering te sluiten, en zo ja, onder welke voorwaarden, van afhangt of van af kan hangen (wettelijke mededelingsplicht);
- 2.2. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om naar bewijs van de verstrekte informatie te vragen voordat de polis wordt aanvaard. Indien echter niet om dergelijke informatie werd gevraagd, of indien hierom werd gevraagd maar deze niet werd verstrekt, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om naar een dergelijk bewijs te vragen op ieder toekomstig moment. Indien alsdan om een dergelijk bewijs wordt gevraagd en de verzekeringnemer en/of de verzekerde niet in staat is om de informatie te verstrekken waarop de verzekeraar heeft vertrouwd, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om de door verzekeraar geschikt geachte stappen te ondernemen, waarbij rekening wordt gehouden met de relevantie van de informatie in kwestie. Dergelijke stappen kunnen een annulering van de polis omvatten (met of zonder teruggave van premies) of een reducering van de dekking;
- 2.3. Indien blijkt dat niet aan de wettelijke mededelingsplicht is voldaan, kan de verzekeraar de verzekering opzeggen of de verzekering al dan niet met terugwerkende kracht wijzigen in een verzekering onder voorwaarden die gegeven het kennelijke risico voor de verzekeraar aanvaardbaar zijn;
- 2.4. Indien blijkt dat niet aan de wettelijke mededelingsplicht is voldaan, is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar de verzekering niet zou hebben aanvaard indien hij kennis zou hebben gehad van de daadwerkelijke feiten. Indien een achtergehouden feit zou hebben geleid tot een hogere premie of een lager verzekerd bedrag, wordt de uitkering pro rata gereduceerd. Indien een achtergehouden feit zou hebben geleid tot andere voorwaarden, zal slechts de uitkering verschuldigd zijn die op basis van de andere voorwaarden in de verzekeringsovereenkomst zou zijn opgenomen;

- 2.5. Indien de leeftijd van de verzekerde onjuist is opgegeven, wordt het verzekerd kapitaal verminderd tot het bedrag dat verzekerd zou zijn voor de betaalde premies indien de leeftijd juist opgegeven was;
- 2.6. Indien de polis verloren is gegaan, zal verzekeraar op schriftelijk verzoek van verzekeringnemer een duplicaatpolis afgeven, waarna aan de oorspronkelijke polis geen rechten meer ontleend kunnen worden;
- 2.7. Deze verzekering is fiscaal neutraal, waardoor de premie niet aftrekbaar is van de inkomstenbelasting.

3. OMVANG VAN DE DEKKING

- 3.1. De dekking bij overlijden geldt waar ook ter wereld, onder welke omstandigheden dan ook, met inachtneming van het elders in de polis en de algemene verzekeringsvoorwaarden bepaalde.

4. AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

- 4.1. Aanvang van de verzekering:
De verzekerde risico's zijn gedekt vanaf de ingangsdatum van de verzekering die op het polisblad staat vermeld. Indien de verzekering is betaald door middel van een eenmalige premie (koopsom), is de verzekering van kracht mits de koopsom tijdig is bijgeschreven op de bankrekening van de verzekeraar op de wijze als vermeld in artikel 8.5.;
- 4.2. Opzegtermijn:
De verzekeringnemer heeft het recht binnen 1 (zegge: één) maand na afgifte van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Vanaf het moment dat de opzegging de verzekeraar heeft bereikt, wordt de verzekeringsovereenkomst geacht te zijn beëindigd. Reeds betaalde premies worden gerestitueerd;
- 4.3. Einde van de verzekering:
De verzekeringsovereenkomst eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
 - a. Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het polisblad;
 - b. Op de datum van het overlijden van verzekerde;

- c. Op de laatste dag van de maand volgende op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt;
- d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer als in artikel 7:929 BW opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
- e. De verzekering eindigt, in geval van maandpremiebetaling, naast de hierboven genoemde gevallen, tevens op de contractvervaldatum, indien de verzekeringnemer minimaal één maand voor deze datum per aan de administrateur gericht aangetekend schrijven de verzekering heeft opgezegd. De contractvervaldatum bij verzekeringen tegen maandpremiebetaling is de datum waarop de verzekering steeds één vol jaar heeft gelopen, te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering;
- f. Voor een polis op basis van eenmalige premiebetaling (koopsom) geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van minimaal één maand in acht te nemen;
- g. De verzekeraar zal bij een verpande polis de financieringsmaatschappij inlichten over de beëindiging van de polis.

5. ALGEMENE UITSLUITINGEN

- 5.1. Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat, dan wel de verzekeringsovereenkomst wordt opgezegd, indien:
 - a. Het overlijden plaatsvindt binnen 36 maanden na de ingangsdatum van deze verzekering, tenzij het overlijden het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval;
 - b. De verzekerde door een misdrijf 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;

- c. Het overlijden het gevolg is van:
 - deelname aan gevechtshandelingen als militair;
 - door zelfdoding of ten gevolge van een poging daartoe. Dit geldt echter alleen als de (poging tot) zelfdoding heeft plaatsgevonden binnen twee jaar na het tot stand komen of weer in werking stellen van de verzekering, waarbij een verhoging van de verzekering als een zelfstandige verzekering wordt beschouwd;
 - een vliegtuigongeval, tenzij de verzekerde dit ongeval is overkomen als passagier van een luchtvaartuig, lid van het regelmatig vliegend personeel (tenzij als testvlieger, invlieger of proefvlieger), werkzaam voor een burgerluchtvervoeronderneming; lid van het reservepersoneel van de krijgsmacht, voor herhalingsoefeningen in dienst; burgerbestuurder van een luchtvaartuig, mits daartoe wettelijk bevoegd.

6. BEGUNSTIGING EN AANVAARDING

- 6.1. De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen zullen worden uitgekeerd aan de daarvoor in de polis vermelde begunstigde(n);
- 6.2. Indien meer dan één begunstigde is aangewezen, komen hoger genummerde begunstigten eerst in aanmerking indien alle lager genummerde begunstigten ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden. Gelijkgenummerde begunstigten komen gezamenlijk in aanmerking;
- 6.3. Indien een begunstigde overlijdt vóórdat een uitkering, waarvoor hij is aangewezen, opeisbaar wordt, gaat zijn recht niet over op zijn erfgenaam of rechtverkrijgende;
- 6.4. Indien twee of meer begunstigten gezamenlijk in aanmerking komen, is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting;
- 6.5. Een begunstigde is onwaardig om de uitkering 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;

- 6.6. In de op de polis vermelde begunstiging wordt verstaan onder:
- Echtgenoot of echtgenote:
De echtgenoot of echtgenote ten tijde van het overlijden;
 - Geregistreerd partnerschap:
De geregistreerde partner ten tijde van het overlijden;
 - Kinderen:
De wettig, gewettigde en geadopteerde kinderen, evenals de wettige, gewettigde en geadopteerde afstammelingen van vóór overleden kinderen bij plaatsvervulling; de onderlinge verdeling geschiedt in evenredige verhouding;
 - 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.
- 6.7. Een begunstigde kan een begunstiging aanvaarden door een door hem en door de verzekeringnemer ondertekende schriftelijke mededeling aan de verzekeraar. De verzekeraar zal de aanvaarding op de polis aantekenen.

7. OORLOGSRISICO EN TERRORISME

- 7.1. Vanaf het tijdstip waarop in de toekomst in één of meer rechtsgebiedsdelen van de Europese Unie een oorlogstoestand intreedt, geldt - ongeacht of de verzekerde op dat tijdstip al dan niet in krijgsdienst is, dat de verzekerde kapitalen worden verminderd met 10 % van de op dat tijdstip verzekerde kapitalen, voor zolang de oorlogstoestand voortduurt;
- 7.2. Het in het vorige lid bepaalde wordt geacht niet in werking te zijn getreden, indien binnen zes maanden na beëindiging van de oorlogstoestand (binnen Europese Unie) doch uiterlijk bij het opeisbaar worden van enig bij deze verzekering verzekerd kapitaal, ten genoegen van de verzekeraar wordt aangetoond dat de verzekerde op het in het vorige lid vermelde tijdstip en verder tijdens de gehele duur van de oorlogstoestand verblijf hield op het grondgebied van een land of van één of meer staten buiten de Europese Unie, welke gedurende die tijd niet in oorlog is/zijn geweest en waar gedurende die tijd geen oorlogshandeling heeft plaatsgevonden;
- 7.3. De verzekeraar zal, uiterlijk negen maanden na het einde van het boekjaar waarin de oorlogstoestand is beëindigd, de reeds ingehouden kortingen alsnog geheel of gedeeltelijk uitkeren en de voor de toekomst opgelegde kortingen geheel of gedeeltelijk doen laten vervallen;
- 7.4. De aanwezigheid, zomede de tijdstippen van intrede en beëindiging van de in dit artikel bedoelde oorlogstoestand, worden bindend vastgesteld door de Nederlandsche Bank;
- 7.5. Er bestaat geen recht op uitkering indien het overlijden van de verzekerde direct of indirect het resultaat is van handeling van nucleair, biologisch of chemisch (NBC) terrorisme of iedere handeling ondernomen om deze te controleren, voorkomen of onderdrukken of in welke vorm dan ook betrekking heeft op (NBC) terrorisme.

8. PREMIEBETALING

- 8.1. Voor een verzekering met periodieke premiebetaling is de eerste premie verschuldigd bij afgifte van de polis. Iedere volgende premie is op de premievervaldatum verschuldigd. Voor een verzekering met periodieke premiebetaling moet de premie worden voldaan door middel van automatische afschrijving ten laste van een Nederlandse bank- of girorekening;
- 8.2. Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet wordt voldaan, heeft de verzekeringnemer, na aanmaning, nog 1 (zegge: één) maand de tijd om de premie, met de wettelijke rente daarover tot de dag van betaling, alsmede de door de administrateur gemaakte incassokosten, te voldoen;
- 8.3. Is de premie binnen deze periode van 1 (zegge: één) maand niet voldaan, dan wordt de verzekeringsovereenkomst niet beëindigd alvorens de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand, zonder dat reeds betaalde premies zullen worden geretourneerd aan de verzekerde/verzekeringnemer;

- 8.4. Indien de dekking na een opschorting als hiervoor bedoeld wordt hersteld en blijkt dat op de datum van herstel van de verzekering de situatie, zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2 van deze voorwaarden, zo veranderd is, dat de verzekeraar het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd, dan kan de dekking door de verzekeraar worden beperkt of geweigerd. Een verandering in de hier bedoelde zin doet zich in ieder geval voor indien de verzekerde gedurende de opschortingsperiode een ongeval heeft gekregen of zich gedurende die periode bij de verzekerde een ziekte heeft geopenbaard. De verzekeringnemer of de verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan de verzekeraar te melden;
- 8.5. In geval van koopsompremiebetaling dient de koopsompremie door de administrateur te zijn ontvangen binnen 30 dagen na de ingangsdatum. Indien de administrateur een lagere koopsompremie ontvangt dan vermeld op het door de administrateur afgegeven acceptatiebewijs, dan zal het aangevraagde verzekerd kapitaal pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsompremie;
- 8.6. Indien de koopsompremiebetaling, om welke reden dan ook, niet binnen 30 dagen na de ingangsdatum wordt voldaan, dan wordt, na het stellen van een termijn van 14 dagen waarbinnen de verzekeringnemer alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering. 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. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt;
- 8.7. De verzekeraar zal bij een verpande polis de financieringsmaatschappij inlichten over het verval van de polis.
- 9. VERPANDING, BELENING EN PREMIERESTITUTIE**
- 9.1. De verzekeringnemer kan de uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen aan een ander overdragen of verpanden. Indien de rechten eerder zijn verpand is voor een verdere verpanding de toestemming van de bestaande pandhouder(s) vereist. Geen overdracht van, toevoeging aan, verpanding van of wijziging in de verzekeringsovereenkomst is van kracht, alvorens daarvan een door de maatschappij ondertekende en gedagtekende verklaring op de polis is geplaatst;
- 9.2. De verzekering kan niet worden beleend;
- 9.3. Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4.3 lid f, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Bij periodieke premiebetaling vindt geen premierestitutie plaats;
- 9.4. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie te verminderen met 30% wegens kosten (met een minimum van €30,-) en vervolgens te vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)(N-T+1)/N(N+1)$, waarbij N staat voor de contractuele looptijd van de verzekering in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar en/of administrateur beschikbaar.
- 10. VERHAAL VAN KOSTEN EN BELASTING**
- 10.1. De verzekeraar heeft het recht alle belastingen en heffingen die de verzekeraar van overheidswege verschuldigd is dan wel waarvoor de verzekeraar wettelijk aansprakelijk kan worden gesteld, voor rekening van de verzekeringnemer te laten komen. Dit kan onder andere geschieden door inhouding op het uit te keren bedrag.

11. VERVAL VAN RECHTEN EN VERJARING

11.1. Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar betreffende een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 1 (zegge: één) jaar nadat de verzekeraar zijn standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer, begunstigde en/of nabestaande binnen dit jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt;

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

12. VERANDERING VAN VERZEKERINGNEMER

12.1. In de plaats van de verzekeringnemer kan een ander worden gesteld, op wie al zijn rechten als verzekeringnemer overgaan. De verandering is van kracht vanaf het moment dat de verzekeraar dit op de polis heeft aangetekend.

13. VERANDERING VAN BEGUNSTIGDE

13.1. De verzekeringnemer heeft de bevoegdheid gedurende het leven van de verzekerde een andere begunstigde aan te wijzen. Indien echter de begunstigde met schriftelijke toestemming van de verzekeringnemer verklaard heeft de begunstiging te aanvaarden, kan de verzekeringnemer de voor hem uit de overeenkomst voortvloeiende rechten slechts uitoefenen met medewerking van de begunstigde, die aldus aanvaard heeft. De verandering is van kracht vanaf het moment dat de verzekeraar dit op de polis heeft aangetekend.

14. ADRESWIJZIGINGEN EN VERWERKING PERSOONSgegevens

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

14.2. Bij een kennisgeving door de verzekeraar en/of administrateur aan een bij de verzekering belanghebbende kan worden volstaan met een niet aangetekende brief te verzenden aan het laatst door de belanghebbende aan de verzekeraar meegedeelde adres;

14.3. Correspondentie aan de verzekeraar dient gericht te worden aan:
Quantum Leben AG
p/a TAF B.V. (administrateur)
Postbus 4562
5601 EN Eindhoven;

14.4. De verzekeraar en de administrateur zullen de door de verzekerde verstrekte persoonsgegevens op het aanvraagformulier voor deze verzekering verwerken om uitvoering te geven aan de verzekeringsovereenkomst. Voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst is of kan het noodzakelijk zijn dat er gegevensverkeer van persoonsgegevens plaats vindt met andere landen, hierbij inbegrepen landen buiten de Europese Unie. Door deze verzekeringsovereenkomst aan te gaan geeft de verzekerde ondubbelzinnige toestemming voor het gegevensverkeer van persoonsgegevens met andere landen. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorg dragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven welke een passend verwerkingsniveau waarborgen. De verwerking van persoonsgegevens zal in overeenstemming zijn met de Wet bescherming persoonsgegevens. Verder is op deze verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van de Nederlandse Vereniging van Banken en 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 kan de verzekerde eventueel opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, www.verzekeraars.nl.

15. MELDING OVERLIJDEN

15.1. De verzekeringnemer, begunstigde en/of nabestaande is verplicht de verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 4 maanden nadat het overlijden zich heeft voorgedaan, kennis te geven van het overlijden van de verzekerde. Indien hieraan niet wordt voldaan, is de verzekeraar gerechtigd uitkering achterwege te laten;

15.2. 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.

16. VERZEKERINGSUITKERING

16.1. Indien de verzekerde uitkering 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. De verzekeraar heeft het recht deze stukken als haar eigendom te behouden;

16.2. De uitkering bedraagt in geval van overlijden van de verzekerde een maandelijkse uitkering gelijk aan het verzekerde bedrag. De uitkeringsduur is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gemaakte dekkingskeuze bij aanvang van de verzekering. De gekozen uitkeringsduur staan vermeld op het polisblad. Er zijn vier verschillende dekkingskeuzes mogelijk:

1. Standaard:
de uitkeringsduur is (maximaal) één jaar (12 maanden);
2. Kort:
de uitkeringsduur is (maximaal) twee jaar (24 maanden);
3. Basis:
de uitkeringsduur is (maximaal) vijf jaar (60 maanden);
4. Verlengd:
de uitkeringsduur is (maximaal) tot de einddatum van de verzekering.

Het recht op uitkering eindigt altijd, ongeacht de gekozen uitkeringsduur, op de einddatum van de verzekering.

16.3. Over niet in ontvangst genomen uitkeringen wordt geen rente vergoed;

16.4. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van de verzekeringnemer komen;

16.5. De verzekeraar heeft te allen tijde het recht om onterecht gedane uitkeringen terug te vorderen;

16.6. Betaling 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.

17. VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE EN BEWIJSSTUKKEN

17.1. Het verzekerde bedrag wordt uitbetaald nadat de volgende stukken door de verzekeraar zijn ontvangen en het recht op uitkering door de verzekeraar is vastgesteld:

- a. De polis;
- b. een origineel uittreksel uit het overlijdensregister of ander wettig bewijs van overlijden van de verzekerde;
- c. Een verklaring van de begunstigde en/of arts over de oorzaak van de dood van de verzekerde;
- d. Een schriftelijk verzoek tot uitbetaling met de naam en de geboortedatum van de begunstigde(n) die in de polis staan aangetekend en het eigen bankrekeningnummer c.q. de eigen bankrekeningnummers.

17.2. 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;

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

18. TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTENBEHANDELING

18.1. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing;

18.2. Voor klachten naar aanleiding van de polis kan de verzekeringnemer zich schriftelijk wenden tot de administrateur. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan de verzekeringnemer zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag.