



Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Zelfstandigenplan

Het TAF Zelfstandigenplan biedt u zekerheid en een goed alternatief voor een traditionele arbeidsongeschiktheidsverzekering. U verzekert op eenvoudige wijze uw vaste maandlasten voor het geval u geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt door ziekte of een ongeval. Dat geeft u alle tijd om te herstellen.

Uw TAF Zelfstandigenplan 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

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

Arbeidsongeschiktheid:

De tijdelijke of blijvende onmogelijkheid van verzekerde om de eigen arbeid, danwel de in deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden vermelde passende arbeid, in het voor het recht op uitkering in deze voorwaarden relevante percentage, te kunnen verrichten als gevolg van ziekte en/of ongeval. Onder ziekte wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijvingen als ziekte is gedefinieerd. Onder ongeval wordt verstaan hetgeen in deze begripsomschrijvingen als ongeval is gedefinieerd.

Arts:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde is.

Herzieningsdatum:

De datum 1 september 2011.

Inkomen:

Het bruto inkomen van verzekerde uit arbeid en/of (het aandeel in) winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.

Klachten / klachtenpatroon:

Redenen waarvoor verzekerde zich wendt of heeft gewend tot een arts of een paramedicus omdat hij zich niet goed voelt en/of beperkingen in zijn functioneren ervaart en/of vreest.

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een medisch vaststelbaar, herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Bij de beoordeling hiervan laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs, welke staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV). Ziektes, aandoeningen, klachtenbeelden en syndromen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen, zijn:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten daarvan;
- Fibromyalgie en equivalenten daarvan;
- Postviraal syndroom;
- Aspecifieke RSI;
- Whiplash en het post-whiplashsyndroom;
- Post-commotioneel syndroom;
- Bekkeninstabiliteit;
- Chronisch pijnsyndroom zonder onderliggende medisch te objectiveren afwijking;
- Orgaanneurose, Da Costa syndroom;
- Environmental Distress Syndrome (EDS) en equivalenten daarvan.

Ongeval:

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

- a. Verdrinking, verstikking, verbranding, zonnesteek, warmtestuwing, inwerking van bijtende stoffen, bevroering, blikseminslag of andere elektrische ontlading;
- b. Acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen of stoffen;
- c. Wondinfectie of bloedvergiftiging, beide ontstaan in verband met een ongeval;
- d. Letsel, het overlijden of een aantasting van de gezondheid opzettelijk en tegen de wil van de verzekerde door een ander veroorzaakt;
- e. Besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen, ten gevolge van een onvrijwillige aanraking met water of een andere stof;
- f. Ontberingen door de verzekerde, geleden ten gevolge van een onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;



eenvoudig transparant

- g. Complicaties en verergeringen optredende bij, ten gevolge van een ongeval noodzakelijk geworden, eerste hulpverlening en/of behandelingen, die door of op voorschrift van een arts zijn verricht;
- h. Miltvuur, schurft, ringworm, koepokken, mond- en klauwzeer en de ziekte van Bang.

Polis:

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

Psycholoog:

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

Verzekeraar:

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

Verzekerde:

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

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerd maandbedrag met een minimum van € 100,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis.

Verzekeringnemer:

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

Wachttijd:

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

Ziekte:

Een aandoening van de verzekerde, welke medisch objectiveerbaar is en waarvoor verzekerde zich onder medische behandeling van een bevoegd arts heeft gesteld.

2. Strekking van de verzekering

- 2.1 Uitkering bij overlijden
Deze verzekering heeft ten doel aanspraak te verlenen op een maandelijkse uitkering, welke gebaseerd is op het verzekerd maandbedrag in het geval de verzekerde overlijdt.
- 2.2 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid
Deze verzekering heeft voorts tot doel een uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar arbeidsongeschiktheid.

3. Grondslag van de verzekering

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

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld, met inachtneming van de bepalingen in artikel 17.



eenvoudig transparant

- 4.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen 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 verzekeraar zal in dat geval de reeds geïncasseerde premiebedragen terugstorten.
- 4.3 De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
- a. Op de einddatum van de verzekering zoals vermeld op het polisblad;
 - b. Op de eerste dag van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt;
 - c. Op de datum van het overlijden van de verzekerde;
 - d. Op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en als zodanig niet meer staat ingeschreven in het GBA register;
 - e. Op de datum dat de verzekeraar € 600.000,- heeft uitgekeerd op deze polis;
 - f. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 - g. Indien de verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;
 - h. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
 - i. Indien de verzekerde verplicht verzekerd wordt krachtens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.
- 4.4 Voor deze verzekering op basis van maandpremiebetaling geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 1 jaar, te rekenen vanaf de herzieningsdatum van deze verzekering, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen.
- 4.5 Voor deze verzekering op basis van koopsombetaling geldt dat de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de herzieningsdatum van deze verzekering, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen.
- 4.6 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.
- 4.7 Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

5. Uitkering bij overlijden

- 5.1 Voor de dekking bij overlijden zijn de algemene voorwaarden QL ZSPMLB NB 01-2010 van toepassing. De polisvoorwaarden zijn te downloaden via www.taf.nl/polisvoorwaarden.



eenvoudig transparant

6. Arbeidsongeschiktheid

- 6.1 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is arbeidsongeschiktheid aanwezig indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Onder arbeidsongeschiktheid in deze voorwaarden wordt ook toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 6.2 Van arbeidsongeschiktheid is tevens sprake indien verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, conform de gekozen uitkeringsdrempel, indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische aandoening met een GAF-score van 1 tot 35 zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie. Deze psychiatrische aandoening dient definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de laatst bekende DSM-classificatie door een door de verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke psycholoog of psychiater en de oorzaak van de psychiatrische aandoening dient in de periode na de herzieningsdatum van deze verzekering te liggen.
- 6.3 Het eerste jaar wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid. Na het eerste jaar wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van passende arbeid. Indien verzekerde tijdens het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid overgaat tot het staken, opheffen (tevens faillissement) of beëindigen van het bedrijf waarin verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid werkzaam was, zal de beoordeling van arbeidsongeschiktheid plaatsvinden op basis van passende arbeid.
- 6.4 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid
De dag waarop de verzekerde, conform de gekozen uitkeringsdrempel, zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en de lichamelijke ziekte en/of ongeval op basis van objectief te meten medische gronden door een bevoegd arts is vastgesteld. Aanvullend geldt, dat alvorens 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 psycholoog of psychiater.
- 6.5 Beroepsarbeidsongeschiktheid
In aanvulling op het in artikel 6.1 en 6.2 bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van verzekerde kan worden verlangd. Aanpassing van de werkzaamheden en werkomstandigheden, evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken.
- 6.6 De verzekerde dient direct voorafgaand aan de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week en voor tenminste 16 weken aaneengesloten betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan er geen recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat.
- 6.7 Beoordeling na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt altijd plaats op basis van passende arbeid.
- 6.8 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid
Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau, vroegere werkzaamheden en werkzaamheden die verzekerde nog in staat is uit te voeren in bredere zin met een vergelijkbare verdien capaciteit en 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 verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid.



eenvoudig transparant

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

7. Uitkeringsdrempel

- 7.1 Het recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van de gekozen uitkeringsdrempel. De keuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn twee uitkeringsdrempels.
- 7.2 Uitkeringsdrempel 35% of meer
Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 35% of meer bedraagt, met aftrek van de gekozen wachttijd.
- 7.3 Uitkeringsdrempel 80% of meer
Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 80% of meer bedraagt, met aftrek van de gekozen wachttijd.

8. Uitkeringsduur

- 8.1 De maximale uitkeringsduur per claim is afhankelijk van de gekozen dekkingskeuze. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.
- 8.2 Dekkingskeuze Basis
De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim, gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.
- 8.3 Dekkingskeuze Verlengd
De uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim, gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

9. Vaststelling van de uitkering

- 9.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. Arbeidsongeschiktheid welke het directe of indirecte gevolg is van een gebrek of de invloed van het gebrek op de arbeidsongeschiktheid zullen bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing gelaten worden.
- 9.2 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag rechtgevend uitkering, die per dag wordt bepaald. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

10. Omvang van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 10.1 De uitkering bedraagt bij een mate van 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. |
- 10.2 Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering en gedurende de looptijd van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 85% van het gemiddelde inkomen van de verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren. Ook mag het verzekerde maandbedrag bij het aangaan van de verzekering en gedurende de looptijd van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 100% van de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van verzekerde.



eenvoudig transparant

- 10.3 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.
- 10.4 De aantoonbare vaste maandelijkse lasten mogen maximaal met € 750,- worden verhoogd voor persoonlijke, niet aantoonbare maandelijkse lasten.
- 10.5 In het geval het verzekerde maandbedrag ten tijde van het aangaan van de verzekering of gedurende de looptijd van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto aantoonbare maandlasten van de verzekerde (rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijkse last van maximaal € 750,-) of hoger is dan 85% van het gemiddelde inkomen van verzekerde van de laatste 3 kalenderjaren, dan heeft de verzekeraar het recht, op het moment dat er aanspraak wordt gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze verzekering, om het verzekerde maandbedrag te verlagen tot het maximaal verzekerde maandbedrag en de uitkering te matigen op basis van het maximale verzekerde maandbedrag. Voor de berekening van het maximaal verzekerde maandbedrag wordt dan het gemiddelde inkomen berekend als het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 kalenderjaren voorafgaande aan het jaar van het intreden van de arbeidsongeschiktheid. Er bestaat geen recht op restitutie van de premie over het achteraf te hoog verzekerde maandbedrag.
- 10.6 Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert op basis van meer dan één polis bij de verzekeraar.

11. Algemene uitsluitingen

- 11.1 Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:
- a. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Verzekerde wordt geacht op de hoogte te zijn van zijn ziekte indien hij klachten ervaart en/of zich tot een arts en/of een paramedicus heeft gewend;
 - b. Arbeidsongeschiktheid welke het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van 60 maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een arts en/of een paramedicus heeft geraadpleegd is uitgesloten van dekking;
 - c. Indien de arbeidsongeschiktheid het directe of indirecte gevolg is van een klachtenpatroon, ziekte, en/of letsel welke zich voor de ingangsdatum van deze verzekering al heeft geopenbaard;
 - 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 van zwangerschap of aan zwangerschap gerelateerde klachten;



eenvoudig transparant

- 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 (mede) het gevolg is van ongevallen en gevolgen van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of een poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer of de verzekerde of aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- j. Indien de arbeidsongeschiktheid 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;
- k. Indien de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- l. 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.

12. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 12.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de wachttijd of, indien de wachttijd langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, heeft de verzekeraar het recht de wachttijd te verlengen met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 12.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden teruggestuurd aan de administrateur.
- 12.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:
 - a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende artsen en/of medisch adviseur van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel te bevorderen en zal alles nalaten 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;



eenvoudig transparant

- 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, bijvoorbeeld, maar uitdrukkelijk niet daartoe beperkt, 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 re-integratie en alle medewerking te verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om door middel van aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuiving binnen het eigen bedrijf weer werkzaamheden te verrichten;
- g. 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.

13. Einde van de uitkering

- 13.1 Een uitkering eindigt:
 - a. Op de dag waarop verzekerde niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze polis;
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 van deze voorwaarden;
 - c. Indien de maximale uitkeringsduur, zoals beschreven in artikel 8, is verstreken;
 - d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 12 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

14. Opeenvolgende claims

- 14.1 Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als de verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt tenzij de hernieuwde arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval.

15. Wijziging

- 15.1 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.



eenvoudig transparant

15.2 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 artikel 11 lid a,b en c genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum. Tevens geldt dat er geen recht op uitkering bestaat op het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat binnen 180 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het direct en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

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

16. Fiscaliteit en betaling van de uitkering

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

16.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerde maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de wachttijd heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, 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.

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 14e 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 14 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 premie termijnen.



eenvoudig transparant

18. Premierestitutie

- 18.1 Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4.3 sub c,d, g,h en i of artikel 4.5, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie van de betreffende premieperiode;
- 18.2 De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald met de volgende berekening:
- De totaal betaalde bruto premie verminderen met 30% kosten (met een minimum van € 100,-);
 - Dit bedrag vervolgens vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T) \cdot (N-T+1) / N \cdot (N+1)$. N staat voor de duur van de premieperiode in jaren. T voor het aantal volle jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van beëindiging van de verzekering.
- 18.3 Bij beëindiging van een verzekering tegen maandpremie bestaat geen recht op premierestitutie.

19. Terugvordering

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

20. Verhaal van kosten en belasting

- 20.1 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.

21. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden

- 21.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een tariefwijziging noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of voorwaarden 'en bloc' dan wel 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.
- 21.2 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.
- 21.3 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 voorgescreven.
- 21.4 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.
- 21.5 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.



eenvoudig transparant

21.6 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.

22. Verval van rechten en verjaring

22.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 3 jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 3 jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

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

23. Adreswijziging en privacy

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

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

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

23.4 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.

24. Meldingsplicht

24.1 Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermeldde over meldingsplicht zijn de verzekeringnemer, de verzekerde en nabestaande(n) verplicht, op straffe van verlies van het recht op uitkering, de verzekeraar direct te melden wanneer:

- a. De verzekerde voor langer dan één maand naar het buitenland vertrekt;
- b. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- c. 100% van de vaste aantoonbare maandlasten of 85% van het inkomen lager wordt dan het verzekerde maandbedrag;
- d. De verzekerde komt te overlijden;
- e. De verzekerde minder dan 16 uur per week betaald actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
- f. De verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- g. De verzekerde zijn of haar beroep of de daaraan verbonden bezigheden wijzigt;
- h. De verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;



eenvoudig transparant

i. 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;

j. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat.

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

25. Toepasselijk recht en klachtenbehandeling

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

25.2 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, binnen drie maanden nadat de verzekeraar of administrateur definitief haar standpunt kenbaar heeft gemaakt, worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag.

