



Algemene verzekeringsvoorwaarden **TAF Maandlastbeschermer**

Langdurige ziekte of verlies van werk betekenen vaak een forse terugval in inkomen, terwijl alle vaste lasten gewoon door blijven lopen. De TAF Maandlastbeschermer is een uitstekende oplossing voor mensen in loondienst die bij arbeidsongeschiktheid en werkloosheid verzekerd willen zijn van voldoende inkomen om hun maandelijkse lasten te kunnen blijven betalen.

Uw TAF Maandlastbeschermer 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.

CL MLB 03-2014



eenvoudig transparant



eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

ALGEMENE VOORWAARDEN

1. Definities
2. Strekking van de verzekering
3. Grondslag van de verzekering
4. Aanvang, duur en einde van de verzekering
5. Algemene uitsluitingen
6. Voorlopige dekking
7. Begunstiging
8. Fiscaliteit en betaling van de uitkering
9. Premiebetaling
10. Premierestitutie
11. Terugvordering
12. Verhaal van kosten en belasting
13. Fraude
14. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden
15. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring
16. Adreswijziging en privacy
17. Meldingsplicht
18. Klachtenbehandeling
19. Toepasselijk recht

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid
21. Uitkeringsduur arbeidsongeschiktheid
22. Uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid
23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid
24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid
25. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid
26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

BEPALINGEN WERKLOOSHEID

28. Dekking bij werkloosheid
29. Maximale uitkeringsduur werkloosheid
30. Verplichtingen bij werkloosheid
31. Uitsluitingen bij werkloosheid
32. Hervatting van werkzaamheden tijdens het recht op een uitkering voor werkloosheid
33. Einde van (het recht op) een uitkering

BEPALINGEN OVERLIJDEN ALS GEVOLG VAN EEN ONGEVAL

34. Algemeen
35. Dekking
36. Schade



eenvoudig transparant

ALGEMENE VOORWAARDEN

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 gevolmachtigde van de verzekeraar in Nederland.
Telefoon: 040-707 38 90 E-mail: info@taf.nl

Bruto woonlasten:

De aantoonbare financiële maandelijkse lasten die gerelateerd zijn aan het bezit van een eigen woning die dient als hoofdverblijf. Hieronder vallen de volgende kosten:

- Bruto hypotheekrente;
- Premie of inleg voor een voorziening die dient ter aflossing van de hypotheekschuld;
- Energiekosten;
- Contractuele servicekosten;
- Verzekeringspremies.

Claim:

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

Eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop de verzekerde de eigen werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder medische behandeling van een huisarts of specialist heeft gesteld. Aanvullend geldt dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarbij de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische aandoening, de dag is dat de verzekerde zich onder medische behandeling heeft gesteld van een psycholoog of psychiater.

Eigen risicoperiode:

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

Eigen woning:

De eigen woning waarvan de verzekerde eigenaar is en die dient als hoofdverblijf van de verzekerde.

Eigen werkzaamheden:

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in loondienst en bij goede gezondheid onmiddellijk voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid verricht voor minimaal 16 uur per week 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 bedrijf waar de verzekerde werkzaam is.

Einddatum:

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

Fraude:

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

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.

Medische behandeling:

Voortdurende en doorlopende behandeling van een huisarts en/of specialist waarbij er een directe relatie moet zijn met de medisch objectiveerbare ziekte die aanleiding geeft tot arbeidsongeschiktheid. Preventieve behandelingen zijn uitgesloten van dekking.

Medisch objectiveerbaar:

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening, letsel of klachtenpatroon is medisch objectiveerbaar als deze vanuit medisch oogpunt objectief vast te stellen is. Bij de beoordeling van een ziekte, aandoening, letsel of klachtenpatroon 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 het 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. In ieder geval als niet medisch objectiveerbaar worden beschouwd:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten daarvan;
- Fibromyalgie en equivalenten daarvan;
- Postviraal syndroom, waaronder ook specifieke klachten na de acute fase van de ziekte van Lyme en Q-koorts;
- 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.



eenvoudig transparant

Ongeval:

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

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

Overmacht:

Abnormale en onvoorzien omstandigheden die onafhankelijk zijn van de wil van verzekeringnemer of verzekerde en waarvan de gevolgen ondanks alle voorzorgsmaatregelen niet konden worden vermeden.

Overmatig alcoholgebruik:

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

Polis(blad):

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

Premievervaldag:

De datum waarop premie verschuldigd is.

Psycholoog/psychiater:

Een in Nederland gevestigde psycholoog/psychiater die staat ingeschreven in het NIP en/of BIG register en die niet zelf de verzekerde 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.

UWV:

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.

Verzekeraar:

RheinLand Versicherungs AG, vestiging Amsterdam, handelend onder de naam Credit Life International Schade, gevestigd aan de Burgermeester Stramanweg 101, 1101 AA Amsterdam, Nederland.

De verzekeraar werkt onder een vergunning die is verleend door de Duitse toezichthouder, de Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). De verzekeraar is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 59483423.

TAF BV treedt op als gevolmachtigde namens de verzekeraar.

Verzekerd maandbedrag:

Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 150,- en een maximum van € 3.000,- per verzekerde. Het verzekerde maandbedrag mag bij het aangaan van de verzekering in geen geval hoger zijn dan 125% van de bruto woonlasten van de verzekerde bij aanvang van de verzekering.

Verzekerde:

De op het polisblad vermelde 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 die bij aanvang van de verzekering ouder was dan 18 jaar, respectievelijk jonger dan 60 jaar en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen.

Verzekeringnemer:

De persoon die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar 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, aandoeningen of klachtenpatroon:

Hieronder wordt verstaan het aanwezig zijn van objectief aantoonbare, niet aangeboren stoornissen in de vorm of functie van het menselijk organisme. Deze stoornissen dienen tijdens de looptijd van de verzekering te zijn aangevangen, door een deskundige arts te zijn vastgesteld en binnen diens beroepsgroep algemeen wetenschappelijk als stoornis te zijn erkend. Deze stoornissen moeten objectieverbaar leiden tot relevante beperkingen voor arbeid.



eenvoudig transparant

2. Strekking van de verzekering

- 2.1 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid:
Deze verzekering heeft tot doel een maandelijkse uitkering te verlenen aan de verzekerde ten gevolge van zijn of haar arbeidsongeschiktheid.
- 2.2 Uitkering bij werkloosheid:
Deze verzekering heeft tot doel een maandelijkse uitkering te verlenen, welke gebaseerd is op het verzekerd maandbedrag in het geval de verzekerde werkloos wordt.
- 2.3 Uitkering bij overlijden:
Deze verzekering heeft tot doel een eenmalige uitkering te verlenen, welke gebaseerd is op het verzekerd maandbedrag in het geval de verzekerde overlijdt als gevolg van een ongeval.

3. Grondslag van de verzekering

- 3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.
- 3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van schending van de mededelingsplicht, als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst op te zeggen of op basis van artikel 930 van boek 7 een uitkering te weigeren of te verlagen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering

- 4.1 De verzekerde risico's zijn gedekt vanaf de ingangsdatum van de verzekering die op het polisblad staat vermeld, doch nooit eerder dan de datum waarop de eerste premie is voldaan.
- 4.2 De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden per aangetekend schrijven aan de administrateur. De verzekeraar zal in dat geval de al 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 datum van het overlijden van de verzekerde;
 - c. Op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer is ingeschreven in de GBA;
 - d. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken en de verzekeraar gebruik heeft gemaakt van zijn recht om de verzekering op te zeggen;
 - e. Op de datum dat verzekerde de leeftijd van 67 jaar bereikt;
 - f. Op de datum dat de verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
 - g. Indien de verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid;
 - h. Indien de verzekerde niet meer verplicht verzekerd is krachtens de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen;
 - i. Indien de verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer.
- 4.4 De verzekeringnemer kan gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens één volle kalendermaand, te rekenen vanaf de ingangsdatum, opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. De verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van minimaal één volle kalendermaand in acht te nemen.
- 4.5 Een claim ontstaat uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat de verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de aangegeven beëindigingsdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de aangegeven beëindigingsdatum.
- 4.6 Een verzekering 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.



eenvoudig transparant

5. Algemene uitsluitingen

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

- a. Indien de schade (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer, de verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- b. Indien de schade (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;
- c. Indien de schade is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd tijdens, of het gevolg is van, het plegen van een strafbaar feit;
- d. Indien de schade is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door –hetzij direct, hetzij indirect – een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie 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;
- e. Indien de schade is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- f. 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.

6. Voorlopige dekking

- 6.1 In afwijking van artikel 4.1 geldt dat, gedurende een periode van maximaal 3 maanden te rekenen vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen, de verzekerde voorlopig gedekt is voor arbeidsongeschiktheid of overlijden als het directe en uitsluitende gevolg van een ongeval.
- 6.2 Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden, en in het bijzonder de uitsluitingen zoals vastgelegd in artikel 5, 25 en 35 van deze voorwaarden, van toepassing.

6.3 De voorlopige dekking eindigt:

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

7. Begunstiging

- 7.1 De uit hoofde van de verzekering door de verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen zullen worden uitgekeerd volgens de volgende standaard begunstiging:
 1. Verzekeringnemer;
 2. Echtgenoot, echtgenote of geregistreerd partner: De echtgenoot, echtgenote of de geregistreerd partner van de verzekeringnemer ten tijde van het overlijden;
 3. Kinderen: De wettig, gewettigde en geadopteerde kinderen, evenals de wettige, gewettigde en geadopteerde afstammelingen van vooroverleden kinderen bij plaatsvervulling; de onderlinge verdeling geschiedt in evenredige verhouding;
 4. Erfgenamen: Degenen die krachtens erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap, daaronder begrepen hun erfgenamen en rechtverkrijgenden onder algemene titel. Het onderlinge verdelen geschiedt in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn gerechtigd.
- 7.2 Hoger genummerde begunstigten komen eerst in aanmerking indien alle lager genummerde begunstigten ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden. Gelijkgenummerde begunstigten komen gezamenlijk in aanmerking.
- 7.3 Indien een begunstigde overlijdt vóórdat een uitkering, waarvoor hij is aangewezen, opeisbaar wordt, gaat zijn recht niet over op zijn erfgenaam of rechtverkrijgende.
- 7.4 Indien twee of meer begunstigten gezamenlijk in aanmerking komen, is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.
- 7.5 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.



eenvoudig transparant

8. Fiscaliteit en betaling van de uitkering

- 8.1 Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag maandelijks en achteraf. De verzekeraar verstrekt geen voorschotten op een uitkering.
- 8.2 In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden dat de arbeidsongeschiktheid na het verstrijken van de eigen risico periode heeft geduurd. De uitkering zal zolang er recht bestaat op een uitkering conform deze voorwaarden voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot op de in eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.

9. Premiebetaling

- 9.1 Voor deze verzekering is de eerste premie verschuldigd bij afgifte van de polis. Iedere volgende premie is op de premievervaldatum verschuldigd. De premie wordt automatisch geïncasseerd van de opgegeven Nederlandse bank- of girorekening. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.
- 9.2 De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso op de premievervaldatum mogelijk is.
- 9.3 Indien de verschuldigde vervolgpremie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de premievervaldag wordt voldaan, heeft de verzekeringnemer, na aanmaning, nog 14 dagen de tijd om alsnog aan zijn/haar verplichtingen te voldoen. Indien de vervolgpremie inclusief kosten niet binnen deze termijn volledig aan de administrateur is voldaan, dan wordt de dekking automatisch geschorst vanaf de premievervaldatum totdat de premieachterstand volledig aan de administrateur is voldaan. Bovendien is de verzekeraar gerechtigd om de verzekering te beëindigen. Reeds betaalde premies zullen niet worden geretourneerd.
- 9.4 Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.

- 9.5 Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt.
- 9.6 De verzekeraar heeft de bevoegdheid verschuldigde uitkeringen te verrekenen met openstaande premie termijnen.
- 9.7 Premievrijstelling:
Er bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat verzekeringnemer een schade-uitkering ontvangt krachtens deze verzekering. De verrekening inzake premierestitutie zal maandelijks, achteraf plaatsvinden.

10. Premierestitutie

- 10.1 De verzekering kan uitsluitend tegen maandelijks premiebetaling worden afgesloten en er bestaat daarom geen recht op restitutie.
- 10.2 In alle overige situaties bestaat er geen recht op restitutie.

11. Terugvordering

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

12. Verhaal van kosten en belasting

- 12.1 De kosten van een medische beoordeling komen voor rekening van de verzekeringnemer indien de kandidaat-verzekerde na een medische beoordeling zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden doch de verzekeringnemer of de verzekerde hiervan afziet. Onder deze kosten vallen ook de kosten die worden gemaakt voor geneeskundig onderzoek in verband met het in kracht herstellen van de verzekering.
- 12.2 Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van de verzekeringnemer.



eenvoudig transparant

13. Fraude

- 13.1 Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden. Een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met alle gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:
- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
 - de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
 - de gemaakte (onderzoeks)kosten worden teruggevorderd;
 - er een registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

14. Wijziging van tarieven en/of voorwaarden

- 14.1 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 groepsgewijs 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 maandlastenportefeuille van de verzekeraar en/of van dit specifieke product 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.
- 14.2 De verzekeraar doet van de voorgenomen wijziging individueel mededeling aan de verzekeringnemer.
- 14.3 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 artikel 14.2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven.
- 14.4 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 rechtstreekse en uitsluitend gevolg is van een verzekeringsvoorschrift.
- 14.5 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 14.4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in artikel 14.2 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 14.3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat beëindigd.

- 14.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 14.4 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.

15. Overdracht van rechten, verval van rechten en verjaring

- 15.1 Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze drie jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.
- 15.2 Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.
- 15.3 De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

16. Adreswijziging en privacy

- 16.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer(s), verzekerde(n) en begunstigde(n) zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.
- 16.2 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.
- 16.3 Mededelingen door de administrateur en verzekeraar 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. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt en de verzekeringnemer wordt geacht kennis te hebben genomen van de inhoud van de mededeling(en).
- 16.4 De te verstrekken en reeds verstrekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl of op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars te Den Haag.



eenvoudig transparant

17. Meldingsplicht

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

- a. de verzekerde zijn of haar beroep, als in de polis vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de verzekeraar de hiervoor bedoelde risicowijziging:
 - geen risicoverzwaaring inhoudt;
 - wel risicoverzwaaring inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en/of in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie;
- b. De verzekerde voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- c. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- 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 gaat werken als zelfstandig ondernemer;
- h. De verzekerde met (vervroegd) pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling.

18. Klachtenbehandeling

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

- a. Interne klachtenprocedure:

Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan
Credit Life International Schade
p/a TAF BV
Postbus 4562, 5601 EN Eindhoven;
- b. Klachten- en geschillenprocedure KiFiD:

Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de administrateur voor een belanghebbende niet bevredigend is en belanghebbende een consument is in de zin van het reglement van het KiFiD, kan belanghebbende zich – binnen 3 maanden na de datum waarop de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen – wenden tot:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (“KiFiD”)
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag
Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl

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

18.2 Bevoegde rechter:

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

19. Toepasselijk recht

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



eenvoudig transparant

BEPALINGEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

20. Dekking bij arbeidsongeschiktheid

- 20.1 Er kan alleen aanspraak worden gemaakt op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde:
- ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig was, en
 - voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam is, en
 - premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen.
- 20.2 Gedurende de eerste twee jaren van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van beroepsarbeidsongeschiktheid zoals omschreven in artikel 20.4.
- 20.3 Beoordeling na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid vindt plaats op basis van de dekkingskeuze van verzekerde. Er zijn drie dekkingskeuzes mogelijk:
- beroepsarbeid (artikel 20.4),
 - passende arbeid (artikel 20.5), of
 - gangbare arbeid (artikel 21.6).
- De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad.
- 20.4 Arbeidsongeschiktheid voor beroepsarbeid:
- a. Beroepsarbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht als bij de verzekerde door ziekte, letsel of aandoening medisch objectiveerbare stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in het uitvoeren van de eigen werkzaamheden, zoals dat in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassingen van werkzaamheden, alsmede taakverschuivingen bij de eigen werkgever, worden daarbij betrokken;
- b. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 20.4.a beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn;
- c. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de contractueel overeengekomen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, tot een maximum van 40 uur per week, werkte.

20.5 Arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid:

- a. Arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid wordt aanwezig geacht als bij de verzekerde door ziekte, letsel of aandoening medisch objectiveerbare stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid;
- b. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals beschreven in de artikel 20.5.a beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn;
- c. De mate van arbeidsongeschiktheid zal worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde passende werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, tot een maximum van 40 uur per week, werkte;
- d. Alleen functies die hoogstens één (ARBI-) niveau lager liggen dan de oorspronkelijke functie worden als passend beschouwd.

20.6 Arbeidsongeschiktheid voor gangbare arbeid:

- a. Arbeidsongeschiktheid op basis van gangbare arbeid wordt aanwezig geacht als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving, voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht;
- b. Na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze geldt worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving, belaste instantie afgegeven beschikking.



eenvoudig transparant

- 20.7 In geval gekozen is voor een uitkeringsduur einde looptijd geldt, indien de verzekerde na afwijzing of beëindiging van een claim opnieuw arbeidsongeschikt wordt, geldt het volgende:
- Perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld waarbij er gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid geen recht bestaat op een uitkering.
 - Bij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van 4 weken of meer, geldt dat er uitsluitend opnieuw recht op uitkering kan ontstaan als door de verzekeraar is vastgesteld dat verzekerde voorafgaand aan de nieuwe eerste dag van arbeidsongeschiktheid gedurende tenminste 4 aaneengesloten weken volledig betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen op basis van de uren zoals overeengekomen in de arbeidsovereenkomst.
- 20.8 In geval er gekozen is voor een uitkeringsduur van 5 jaar geldt, indien de verzekerde na afwijzing of beëindiging van een claim opnieuw arbeidsongeschikt wordt, het volgende:
- Perioden van arbeidsongeschiktheid welke elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 180 dagen worden samengeteld en beschouwd als één en dezelfde schade waarbij er gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid geen recht bestaat op een uitkering;
 - Bij perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van 180 dagen of meer, geldt dat er uitsluitend opnieuw recht op uitkering kan ontstaan als door de verzekeraar is vastgesteld dat verzekerde voorafgaand aan de nieuwe eerste dag van arbeidsongeschiktheid gedurende tenminste 180 aaneengesloten dagen volledig betaald en actief aan het arbeidsproces heeft deelgenomen op basis van de uren zoals overeengekomen in de arbeidsovereenkomst.
- 20.9 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 het aangepaste polisblad plaatsvinden.

21. Uitkeringsduur arbeidsongeschiktheid

- 21.1 Een recht op een uitkering als gevolg van arbeidsongeschiktheid vangt aan na het verstrijken van de eigen risico periode (30, 365 of 730 dagen) gerekend vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. De eigen risico periode die van toepassing is staat vermeld op het polisblad.

- 21.2 Een uitkering als gevolg van arbeidsongeschiktheid duurt voort zolang de verzekerde gerechtigd is tot een uitkering voor arbeidsongeschiktheid uit deze verzekering tot maximaal de einddatum zoals vermeld op het polisblad of, indien gekozen is voor een uitkeringsduur van 5 jaar, na maximaal het verstrijken van deze periode.

22. Uitkeringsdrempel bij arbeidsongeschiktheid

Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage gelijk is aan of meer bedraagt dan 35%.

23. Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 23.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo snel mogelijk na ontvangst daarvan aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan.
- 23.2 Inzake arbeidsongeschiktheid is verzekerde een van dag tot dag rechtgevendende uitkering. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden uitkering geschiedt achteraf, telkens na afloop van een kalendermaand.

24. Hoogte uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 24.1 Indien er recht bestaat op een uitkering volgens uitkeringsdrempel als omschreven in artikel 23 bedraagt de hoogte van de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:
- 0% tot 35%: 0% van het verzekerde maandbedrag;
 - 35 % tot 45%: 40% van het verzekerde maandbedrag;
 - 45% tot 55%: 50% van het verzekerde maandbedrag;
 - 55% tot 65%: 60% van het verzekerde maandbedrag;
 - 65% tot 80%: 75% van het verzekerde maandbedrag;
 - 80% of meer: 100% van het verzekerde maandbedrag.
- 24.2 Indien op het polisblad bij de dekking 'volledige uitkering' staat aangetekend, dan wordt bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, in afwijking van hetgeen in artikel 24.1 is bepaald, 100% van het verzekerde bedrag bij arbeidsongeschiktheid uitgekeerd.



eenvoudig transparant

25. Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid

25.1 Voor de dekking arbeidsongeschiktheid geldt dat er geen recht op uitkering bestaat:

- a. Indien de arbeidsongeschiktheid of het klachtenpatroon, de ziekte en/of letsels die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft, is aangevangen binnen 30 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering tenzij de arbeidsongeschiktheid het directe en uitsluitend gevolg is van een ongeval. Dit artikel is niet van toepassing indien:
 - de verzekering wordt gesloten als voortzetting van een eerder bij TAF gesloten verzekering tegen het risico van arbeidsongeschiktheid waarbij geldt dat de ingangsdatum van de eerder gesloten verzekering minimaal één jaar vóór de ingangsdatum van de nieuwe verzekering ligt;
 - de verzekering wordt gesloten als voortzetting van een verzekering tegen het risico van arbeidsongeschiktheid bij een derde verzekeraar indien uit een verklaring van die verzekeraar blijkt dat er gedurende het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekering geen aanspraak is gemaakt op een uitkering.
- b. Indien de arbeidsongeschiktheid is uitgesloten op grond van eventuele clausules die staan vermeld op het polisblad;
- c. Indien de arbeidsongeschiktheid ontstaat tijdens of (mede) het gevolg is van:
 - het gebruik van overmatig alcohol, en/of
 - van verdovende middelen, en/of
 - van bedwelmende, en/of
 - opwekkende en/of
 - het gebruik van medicijnen anders dan op medisch voorschrift;
 - soortgelijke middelen;
- d. 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;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door orgaandonatie;
- f. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het niet voldoen aan gestelde veiligheidsvoorschriften;

- 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;
 - Alle vormen van verplaatsing door de lucht anders dan als betalend passagier of personeel van een commerciële luchtvaartmaatschappij. Hieronder wordt tevens verstaan parachutespringen, paragliding en vergelijkbare sportactiviteiten.
- h. Indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt en/of verergerd doordat de verzekerde in strijd met adviezen van een arts, arbeidsdeskundige of medisch adviseur handelt.
- i. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een psychiatrische ziekte met een GAF-score van 50 of meer zoals gespecificeerd binnen de laatste bekende DSM-classificatie.

26. Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 26.1 De verzekerde is verplicht, in geval van arbeidsongeschiktheid, binnen 3 maanden na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid aan de verzekeraar mededeling te doen van de ontstane arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Indien er sprake is van een eigen risico van 30 dagen dient de mededeling binnen 30 dagen na de eerste arbeidsongeschiktheidsdag te worden gedaan. Indien de melding van de arbeidsongeschiktheid niet tijdig conform het hiervoor bepaalde plaatsvindt, wordt de eigen risico periode verlengd met het aantal dagen dat de meldingstermijn is overschreden. Onder arbeidsongeschiktheid wordt tevens de toename van arbeidsongeschiktheid verstaan.
- 26.2 Het schadeformulier dient in overeenstemming met de instructies, volledig ingevuld, voorzien van de benodigde bijlage(n) en ondertekend te worden opgestuurd aan de administrateur.
- 26.3 De verzekerde is, op straffe van verval van het recht op uitkering verplicht:
 - a. Zich onmiddellijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen, onder deze behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende artsen en/of medisch adviseur en/of arbeidsdeskundige van de verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is. Verzekerde zal al het mogelijke doen om zijn/haar herstel, werkhervatting of re-integratie te bevorderen en zal alles nalaten wat het herstel, werkhervatting of re-integratie kan verhinderen of vertragen;



eenvoudig transparant

- 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 en/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 woonlasten 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 gehele of gedeeltelijke werkherleving, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;
- f. Zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad;
- g. Alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden evenals taakverschuivingen binnen het bedrijf, die in redelijkheid van de verzekerde kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid;
- h. De verzekeraar direct schriftelijk of per e-mail op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van gehele of gedeeltelijke werkherleving, ook wanneer dit niet de eigen werkzaamheden betreft;
- i. 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, kan dit leiden tot vermindering of het geheel komen te vervallen van het recht op uitkering. Indien de verzekerde de verplichting van artikel 26 lid 3 g niet nakomt, heeft de verzekeraar daarnaast het recht de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen op basis van passende arbeid.

27. Einde van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

- 27.1 Een uitkering eindigt:
 - a. Op de dag waarop verzekerde met inachtneming van de van toepassing zijnde uitkeringsdrempel niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
 - b. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 of 4.4 van deze voorwaarden;
 - c. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 267 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

BEPALINGEN WERKLOOSHEID

28. Dekking bij werkloosheid

- 28.1 Bij onvrijwillige werkloosheid heeft de verzekerde recht op uitkering, met inachtneming van het overige bepaald in deze voorwaarden, als de claim voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. De werkloosheid begint minstens 180 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering;
 - b. De werkloosheid is een direct gevolg van een voor verzekerde onvrijwillige beëindiging van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling;
 - c. De verzekerde is onvrijwillig en volledig werkloos geworden;
 - d. Verzekerde dient bij de werkgever in de 6 maanden direct voorafgaand aan de beëindiging van de dienstbetrekking onafgebroken en op basis van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling voor bepaalde of onbepaalde duur voor tenminste 16 uur per week in dienst te zijn geweest;
 - e. De verzekerde ontvangt een volledige werkloosheidsuitkering op grond van de Nederlandse Werkloosheidswet;
 - f. Tijdens de periode van werkloosheid is de verzekerde in Nederland beschikbaar om werk te zoeken en te aanvaarden;
 - g. Indien de verzekerde werkzaamheden uitvoert als uitzendkracht, bestaat er alleen recht op uitkering indien er sprake is van een beëindiging van een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd met de uitzendorganisatie;
 - h. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 16 uur per week in dienst te zijn.



eenvoudig transparant

28.2 De eerste dag van werkloosheid is de eerste dag waarover de verzekerde een volledige werkloosheidsuitkering van het UWV krijgt.

29. Maximale uitkeringsduur werkloosheid

29.1 De maximale uitkeringsduur per claim is afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur. De uitkeringsduur die van toepassing is op deze verzekering staat vermeld op het polisblad.

29.2 Maximale uitkeringsduur:

Keuze:

- Optie “12 maanden”, dit houdt in dat per claim maximaal 12 maanden wordt uitgekeerd, of
- Optie “24 maanden” dit houdt in dat de eerste keer dat er geclaimd wordt maximaal 24 maanden wordt uitgekeerd en eventuele volgende claims beperkt zijn tot maximaal 12 maanden.

29.3 Voor iedere aaneengesloten maand, met inachtneming van het bepaalde in artikel 334.1.a van deze voorwaarden, van volledige en onvrijwillige werkloosheid ontvangt de verzekerde het verzekerde maandbedrag.

30. Verplichtingen bij werkloosheid

30.1 De verzekerde is verplicht, in geval van werkloosheid, zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van de onvrijwillige werkloosheid bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, aan de verzekeraar mededeling te doen van de onvrijwillige werkloosheid op het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Onder werkloosheid wordt tevens de toename van werkloosheid verstaan.

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

30.3 Verzekerde is verplicht zijn onvrijwillige werkloosheid aan te tonen door middel van het overleggen van de door de uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken, die verzekerde ontvangt in verband met zijn werkloosheidsuitkeringen. Deze stukken dienen voor elke maand waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, aan verzekeraar te worden overlegd.

30.4 Verzekerde is verplicht een kopie van zijn laatste arbeidsovereenkomst en overige relevante stukken die betrekking hebben op de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling en welke van invloed kunnen zijn op de beoordeling van een claim aan de verzekeraar te overleggen.

30.5 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, kan dit leiden tot vermindering of het geheel komen te vervallen van het recht op uitkering.

31. Uitsluitingen bij werkloosheid

31.1 Voor de werkloosheidsdekking geldt dat er geen recht op een uitkering bestaat:

- Bij het eindigen van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling voor bepaalde tijd. Dit geldt niet wanneer de werkloosheid valt binnen de duur van de tijdelijke arbeidsovereenkomst. De verplichting tot uitkering van de verzekeraar houdt in dat geval op te bestaan op de einddatum van de tijdelijke arbeidsovereenkomst;
- Bij het eindigen van een oproepovereenkomst of het eindigen van werkzaamheden die de verzekerde binnen een oproepovereenkomst heeft verricht;
- Indien de verzekerde op de aanvraagdatum van deze verzekering kennis had of redelijkerwijs behoorde te hebben van een naderend ontslag, faillissement, reorganisatie van het bedrijfsdeel waar verzekerde werkzaam is of gehele stopzetting van de activiteiten van zijn werkgever;
- Indien de werkloosheidsuitkering door de uitkerende instantie geheel of gedeeltelijk wordt geschorst, gestaakt of ingehouden;
- Indien de werkloosheid het gevolg is van een aan verzekerde toe te rekenen verwijtbaar gedrag zoals diefstal, fraude en/of gedrag waarvan verzekerde wist of behoorde te weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben;
- Indien de verzekerde zelf ontslag neemt;
- Indien de werkloosheid het gevolg is van structurele arbeidsonderbrekingen die inherent zijn aan het beroep van de verzekerde (bijvoorbeeld seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet);
- Indien de werkloosheid ontstaan is vanuit het niet benutten van de restcapaciteit (resterende verdien capaciteit bij arbeidsongeschiktheid) bij een werkgever;
- Indien en voor zover verzekerde recht heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst.



eenvoudig transparant

32. Hervatting van werkzaamheden tijdens het recht op een uitkering voor werkloosheid

- 32.1 Indien de verzekerde voor minder dan 16 uur per week de werkzaamheden hervat, blijft het recht op uitkering onder de verzekering bestaan. In dat geval heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke uitkering naar rato.
- 32.2 Deze gedeeltelijke uitkering wordt als volgt berekend: het verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met de volgende factor: 16 minus het aantal uren dat verzekerde werkt, gedeeld door 16.
- 32.3 Zodra de verzekerde voor meer dan 16 uur per week de werkzaamheden hervat, vervalt het recht op uitkering.
- 32.4 Wanneer de verzekerde werkzaamheden hervat voor meer dan 16 uur per week maar binnen 12 maanden opnieuw volledig en onvrijwillig werkloos wordt en verzekerde wederom recht heeft op een volledige uitkering op grond van deze verzekering, dan wordt de uitkering voortgezet vanaf het moment van de hernieuwde werkloosheid alsof er sprake is van één en dezelfde schade. Dit geldt zolang de uitkeringsduur per claim, afhankelijk van de gekozen uitkeringsduur zoals vermeld op het polisblad, nog niet is verstreken. Deze voorwaarden zijn volledig van toepassing, met uitzondering van artikel 28.1.a en artikel 31.1.a en 31.1.b, op deze hernieuwde werkloosheid.

33. Einde van (het recht op) uitkering

- 33.1 Een uitkering eindigt:
- Op de dag waarop verzekerde niet meer werkloos is in de zin van deze verzekeringsovereenkomst;
 - Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 4.3 of 4.4 van deze voorwaarden;
 - Indien de verzekerde of de verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in artikel 31 niet of niet tijdig is nagekomen. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

BEPALINGEN OVERLIJDEN ALS GEVOLG VAN EEN ONGEVAL

34. Uitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval

- 34.1 Indien de verzekerde gedurende de looptijd van deze verzekering komt te overlijden als direct en uitsluitend gevolg van een ongeval binnen twee jaar na het ongeval dan volgt een eenmalige uitkering van 12 keer het verzekerd maandbedrag.

35. Uitsluitingen bij overlijden als gevolg van een ongeval

- 35.1 Indien het overlijden 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;
 - Alle vormen van verplaatsing door de lucht anders dan als betalend passagier of personeel van een commerciële luchtvaartmaatschappij. Hieronder wordt tevens verstaan parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten.

36. Verplichtingen bij schade en bewijsstukken

- 36.1 Het verzekerd bedrag wordt uitbetaald nadat de volgende stukken door de verzekeraar zijn ontvangen en het recht op uitkering door de verzekeraar is vastgesteld:
- de polis;
 - een origineel uittreksel uit het overlijdensregister of ander wettig bewijs van overlijden van de verzekerde;
 - een verklaring van een arts over de oorzaak van de dood van de verzekerde, waaruit blijkt dat er sprake is van een overlijden als gevolg van een ongeval;
 - indien aanwezig een kopie van het door de politie opgesteld proces-verbaal;
 - een schriftelijk verzoek tot uitbetaling met de naam en de geboortedatum van de begunstigde(n) die in de polis staat/staan aangetekend en het eigen bankrekeningnummer c.q. de eigen bankrekeningnummers, voorzien van een kopie betalingsafschrift van de betreffende bankrekening(en).

De verzekeraar moet desgevraagd in de gelegenheid worden gesteld een onderzoek naar de overlijdensoorzaak in te stellen en alles te verrichten wat zij daartoe dienstig acht.

- 36.2 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.
- 36.3 De verzekeraar is slechts tot uitkering gehouden tegen een door alle belanghebbenden, respectievelijk hun wettelijke vertegenwoordigers gezamenlijk ondertekende algehele kwijting.