

Voorwaarden Flexibele AOV

Wat is het doel van uw Flexibele arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)?

De Flexibele AOV heeft als doel om:

- de verzekerde te adviseren bij het voorkomen en verminderen van arbeidsongeschiktheid;
- de verzekerde te helpen/begeleiden bij het terugkeren in het arbeidsproces binnen zijn eigen beroep of onderneming;
- u een uitkering te verlenen als de verzekerde arbeidsongeschikt is.

In uw polis en de voorwaarden van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering leest u welke rechten en plichten u en de verzekerde kunnen ontleenen aan deze arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Inhoudsopgave

1 Begrippen

2 De grondslag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering

3 Duur en einde van uw verzekering

- 3.1 Wat is de duur van uw verzekering?
- 3.2 Wanneer kunt u uw verzekering beëindigen?
- 3.3 Wanneer kunnen we uw verzekering opzeggen?
- 3.4 Wanneer eindigt de verzekering automatisch?

4 Uw verzekering actueel houden

- 4.1 Wat moet u doen om uw verzekering actueel te houden?
- 4.2 Wijzigingen waardoor we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen
- 4.3 Wat zijn de gevolgen als u deze wijzigingen niet op tijd doorgeeft?
- 4.4 De verzekerde is verplicht verzekerd voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
- 4.5 Wat zijn de gevolgen als u niet heeft gemeld dat de verzekerde verplicht verzekerd is voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)?
- 4.6 Wijzigingen van het beroep of onderneming van de verzekerde waardoor we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering aanpassen.
- 4.7 Wat zijn de gevolgen als u de wijzigingen van het beroep of onderneming niet of te laat doorgeeft?
- 4.8 Wijzigingen van de dekking van uw verzekering

5 De dekking van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering

- 5.1 Wanneer hebt u recht op een uitkering?
- 5.2 Hoe wordt de arbeidsongeschiktheid vastgesteld?
- 5.3 Wat moet u doen als u het niet met ons standpunt eens bent?
- 5.4 Hoe berekenen we uw uitkering?
- 5.5 Wanneer betalen we de uitkering?
- 5.6 Zijn het verzekerd bedrag en de uitkering waardevast?
- 5.7 Keren we uit bij zwangerschap en bevalling?
- 5.8 Keren we uit bij adoptie?
- 5.9 Welke dienstverlening kunt u van ons verwachten?
- 5.10 Is het mogelijk de rechten uit deze overeenkomst over te dragen?

6 Einde van de uitkering

- 6.1 Wanneer hebt u geen recht (meer) op een uitkering?
- 6.2 Wat zijn de gevolgen voor de uitkering als de verzekering wordt beëindigd?

7 Uitsluitingen

- 7.1 Opzet of roekeloosheid
- 7.2 Alcohol, geneesmiddelen en drugs
- 7.3 Detentie
- 7.4 Molest
- 7.5 Atoomkernreactie
- 7.6 Terrorisme
- 7.7 Clausule
- 7.8 Fraude

8 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

- 8.1 Wanneer geeft u of de verzekerde een arbeidsongeschiktheidsmelding door?
- 8.2 Wat zijn de gevolgen als u of de verzekerde de melding niet op tijd doorgeeft?
- 8.3 Welke informatie geeft u of de verzekerde aan ons door?
- 8.4 Wat moeten u en de verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?
- 8.5 Wat zijn de gevolgen als u of de verzekerde deze verplichtingen niet nakomt?

9 Premie

- 9.1 Hoe wordt uw premie vastgesteld?
- 9.2 Wanneer wordt de premie vastgesteld?
- 9.3 Wanneer betaalt u de premie?
- 9.4 Wat zijn de gevolgen als u de premie niet op tijd of niet volledig betaalt?
- 9.5 Krijgt u de premie terug als de verzekering eindigt?
- 9.6 Wanneer hoeft u (gedeeltelijk) geen premie meer te betalen?
- 9.7 Opgave aan de Belastingdienst

10 Aanpassing van premie en voorwaarden

- 10.1 Hoe worden premies en voorwaarden vastgesteld?
- 10.2 Kunnen we de premies en voorwaarden wijzigen?
- 10.3 Kunnen we de premie en voorwaarden ook voor uw contractvervaldatum wijzigen?
- 10.4 Wat zijn de gevolgen voor verzekerden die al arbeidsongeschikt zijn?

11 De Amersfoortse Extra - Preventieprogramma

- 11.1 Wat houdt het preventieprogramma in?
- 11.2 Wanneer mag de verzekerde deelnemen aan het preventieprogramma?
- 11.3 Welke kosten van het preventieprogramma vergoeden we?

12 De Amersfoortse Extra –ongevallendeckking

- 12.1 Wat is het doel van uw Ongevallendeckking?
- 12.2 Wanneer is er recht op een uitkering?
- 12.3 Hoe wordt het recht op een uitkering vastgesteld?
- 12.4 Hoe berekenen we de uitkering?
- 12.5 Wanneer stellen we de mate van blijvende invaliditeit vast?
- 12.6 Wanneer en aan wie betalen we de uitkering?
- 12.7 Wanneer is er geen recht op een uitkering?
- 12.8 Wanneer geeft u een ongeval van de verzekerde aan ons door?
- 12.9 Wat zijn de gevolgen als u het ongeval niet op tijd doorgeeft?
- 12.10 Welke informatie geeft de verzekerde (of geven zijn nabestaanden) aan ons door?
- 12.11 Wat zijn de gevolgen als we de informatie niet (op tijd) ontvangen?
- 12.12 Wat moet de verzekerde na een ongeval doen?
- 12.13 Wat zijn de gevolgen als de verzekerde zich niet aan deze verplichtingen houdt?

13 Amersfoortse Extra – Rechtsbijstand

- 13.1 Wanneer bestaat er recht op rechtsbijstand?
- 13.2 Wanneer verlenen we geen rechtsbijstand?
- 13.3 Hoe maakt u aanspraak op de rechtsbijstandverzekering?
- 13.4 Welke kosten van rechtsbijstand vergoeden we?

14 De Amersfoortse Extra – Hulpverlening buitenland

- 14.1 Wanneer kan de verzekerde een beroep doen op hulpverlening in het buitenland?

- 14.2 Hoe maakt de verzekerde gebruik van hulpverlening in het buitenland door SOS International?
- 14.3 Welke kosten van hulpverlening in het buitenland vergoeden we?
- 14.4 Welke kosten van hulpverlening in het buitenland vergoeden we niet?

15 Fraude

- 15.1 Wat verstaan we onder fraude?
- 15.2 Wat doen we als we fraude vermoeden?

16 Persoonsgegevens

- 16.1 Waar sturen we onze berichten naartoe?
- 16.2 Waarvoor gebruiken we persoonsgegevens?
- 16.3 Wie gebruiken de (persoons)gegevens?
- 16.4 Volgens welke wetten en gedragscodes werken we?

17 Klachten

18 Recht

Bijlage 1 Juridische beschrijving van definities van molest

Bijlage 2 Clausule terrorismedekking

Bijlage 3 Clausules

1 Begrippen

In deze voorwaarden verstaan we onder:

1.1 De Amersfoortse (we/wij/ons/onze)

De handelsnaam van de verzekeraar die op uw polisblad staat.

1.2 De verzekeringnemer (u/uw)

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons heeft gesloten. Meestal zijn de verzekeringnemer en de verzekerde dezelfde persoon. Dit is anders als bijvoorbeeld een rechtspersoon de verzekeringnemer is.

1.3 Verzekerde

Degene van wie de arbeidsongeschiktheid bij ons verzekerd is. Dit is meestal ook de verzekeringnemer.

1.4 Directeur-groootaandeelhouder

De verzekerde die als directeur-groootaandeelhouder niet als werknemer wordt aangemerkt voor de werknemersverzekeringen.

1.5 Polisblad

Op het polisblad staan de gegevens die we met u hebben afgesproken. Het polisblad met clausules en de voorwaarden vormen samen de polis van uw verzekering.

1.6 Contractvervaldatum

De datum waarop we uw verzekering verlengen. De contractvervaldatum staat op uw polisblad.

1.7 Eerstejaarsrisico (rubriek A)

Dit zijn de eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid.

De periode van 365 dagen geldt voor iedere nieuwe arbeidsongeschiktheid. Wordt de verzekerde opnieuw arbeidsongeschikt binnen 90 dagen nadat de verzekerde weer arbeidsgeschikt is, dan begint de periode van 365 dagen niet opnieuw. Dit is nog steeds dezelfde arbeidsongeschiktheidsperiode. De periode van 365 dagen wordt dan verlengd met de dagen dat de verzekerde arbeidsgeschikt was.

1.8 Na-eerstejaarsrisico (rubriek B)

De arbeidsongeschiktheid die bestaat na afloop van de eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid.

1.9 Arbeidsongeschiktheid

Onder arbeidsongeschiktheid verstaan we in deze voorwaarden:

- Er is sprake van ziekte, orgaandonatie of een ongeval;
- In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen;
- Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;
- Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;
- Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;
- Door deze functiebeperking is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren.

Met werkzaamheden bedoelen we:

De werkzaamheden die horen bij het beroep of de onderneming van de verzekerde. Het beroep van de verzekerde staat op het polisblad. De werkzaamheden zijn opgegeven en geaccepteerd via het aanvraagformulier. Bij het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid kijken we ook of er aanpassingen van het werk en werkomstandigheden mogelijk zijn. Ook kijken we in overleg met de verzekerde of het mogelijk is taken binnen de onderneming van de verzekerde anders te verdelen of aan te passen. Het gaat om werkzaamheden die in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden.

Het recht op de onderstaande uitkering geldt uitsluitend voor (para)medische beroepen.

U ontvangt een uitkering als zich bij verzekerde het volgende voordoet:

- De verzekerde is drager van het hepatitis B-virus, andere virussen of een bacterie, die een risico voor de patiënt vormen en
- in verband daarmee op grond van een voor hen geldende richtlijn niet is toegestaan de werkzaamheden verbonden aan het in de polis omschreven beroep te verrichten.

De totale uitkering voor arbeidsongeschiktheid en voor (para)medische beroepen gezamenlijk is nooit meer dan 100% van het verzekerde bedrag.

1.10 Medisch adviseur

De medisch adviseur is een arts, die in dienst van De Amersfoortse, of in opdracht van De Amersfoortse, werkt. De medisch adviseur geeft een onafhankelijk deskundig advies over de gezondheid van de verzekerde en de gevolgen daarvan op het werk van de verzekerde. De deskundigheid van de medisch adviseur blijkt uit de gevolgde opleidingen en de ervaring.

1.11 Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige is een specialist die in dienst van De Amersfoortse, of in opdracht van De Amersfoortse werkt. De arbeidsdeskundige is specialist in de vakgebieden mens, werk en inkomen. De arbeidsdeskundige geeft onafhankelijk advies en beoordeelt de mogelijkheden tot werkherleving. De arbeidsdeskundige geeft advies over de mate van arbeidsongeschiktheid, het voorkomen van arbeidsongeschiktheid en de financiële gevolgen van de arbeidsongeschiktheid.

1.12 Eigen risico

Op het polisblad staat het aantal dagen eigen risico vermeld. Op deze dagen is de verzekerde arbeidsongeschikt, maar krijgt u nog geen uitkering. Het eigen risico gaat in op de dag waarop de verzekerde zich vanwege ziekte of het ongeval bij een arts meldt. De arts moet op die dag vastgesteld hebben dat de verzekerde (voorlopig) niet kan werken.

Voor iedere nieuwe arbeidsongeschiktheid geldt opnieuw het eigen risico. Met één uitzondering: wordt de verzekerde opnieuw arbeidsongeschikt binnen 90 dagen nadat de verzekerde weer arbeidsgeschikt is, dan geldt geen nieuw eigen risico. Dit is dezelfde arbeidsongeschiktheidsperiode.

1.13 Uitkeringsdrempel

De uitkeringsdrempel is het arbeidsongeschiktheidspercentage vanaf wanneer we uitkeren. Deze is standaard 25%, maar we kunnen ook een hoger percentage met u hebben afgesproken. Dit staat dan vermeld op uw polisblad.

1.14 Inkomen

Onder inkomen verstaan we:

- **Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep:**
De belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het gaat om de belastbare winst vóór ondernemersaftrek en MKB-winstvrijstelling en vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.
- **Voor de directeur-grotoaandehouder:**
Het belastbare loon van de directeur-grotoaandehouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het belastbare loon wordt vermeerderd/verminderd met het aan de directeur-grotoaandehouder toe te rekenen deel van de belastbare winst of het verlies van de bv. De belastbare winst of het verlies van de bv wordt vermeerderd met fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen.

1.15 Verzekerde bedragen

Dit zijn de bedragen die we bij volledige arbeidsongeschiktheid per jaar betalen. De verzekerde bedragen staan op het polisblad.

De verzekerde bedragen mogen bij de start van de verzekering, en bij tussentijdse verhogingen, niet meer bedragen dan 90% van het inkomen van de verzekerde. Is dat inkomen ook op een andere polis verzekerd, bij ons of bij een andere verzekeraar? Dan tellen we de verzekerde bedragen bij elkaar op.

1.16 Premie

Het bedrag dat u moet betalen voor uw verzekering. U vindt de premie op uw polisblad.

1.17 Ongeval

Een onverwachte gebeurtenis die met geweld van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkt. Hierdoor loopt de verzekerde, zonder dat hij dat wil, een medisch waarneembaar lichamelijk letsel op. Dit letsel is een rechtstreeks gevolg van het van buitenaf inwerkende geweld. Het letsel heeft geen andere oorzaken.

De volgende gebeurtenissen beschouwen we ook als een ongeval:

1. De verzekerde bevriest, verbrandt, verdrinkt, stikt, krijgt een zonnesteek of wordt getroffen door een elektrische ontlading;
2. De verzekerde krijgt plotseling ongewild giftige gassen of dampen binnen, of giftige vloeibare of vaste stoffen. Vergiftiging door geneesmiddelen, ziektekiemen of stoffen die allergie veroorzaken is geen ongeval;
3. De verzekerde loopt inwendig letsel op doordat hij plotseling ongewild een stof of voorwerp binnenkrijgt in zijn spijsverteringskanaal, luchtwegen, ogen of oren. Het binnenkrijgen van geneesmiddelen, ziektekiemen of stoffen die allergie veroorzaken, is geen ongeval;
4. De verzekerde wordt besmet door ziektekiemen of krijgt een allergische reactie doordat hij ongewild in het water of een andere stof is gevallen. Of doordat hij expres in het water of een andere stof is gegaan om een mens, dier of goederen te redden;
5. De verzekerde overlijdt door honger, dorst of uitputting, die zijn ontstaan doordat hij door een plotselinge ramp van de buitenwereld werd afgezonderd. Voorbeelden hiervan zijn een schipbreuk, noodlanding of natuurramp;
6. Door een plotselinge krachtsinspanning verstuikt of ontwricht de verzekerde een lichaamsdeel, of scheurt hij spier- of bandweefsel. Dit letsel is medisch vast te stellen door een arts;
7. De verzekerde krijgt een whiplashtrauma gevolgd door een post-whiplashsyndroom. Hierdoor ondervindt hij beperkingen. De beoordeling van deze beperkingen vindt plaats volgens de voorwaarden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie;
8. Het ongeval is (mede) veroorzaakt door een ziekelijke toestand of door een bestaande lichamelijke of geestelijke afwijking van de verzekerde.

1.18 Blijvende invaliditeit

De verzekerde is blijvend invalide als hij te maken heeft met geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van een orgaan of een ander deel van zijn lichaam. We spreken van functieverlies als het orgaan of lichaamsdeel zo is beschadigd dat de verzekerde het niet meer of minder goed dan voorheen kan gebruiken. Dit verlies of functieverlies is het gevolg van letsel dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken het gevolg is van een ongeval.

2 De grondslag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Uw mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering

Bij de aanvraag van de verzekering worden er door en namens ons verschillende vragen gesteld. U en de verzekerde zijn wettelijk verplicht deze vragen juist en volledig te beantwoorden. De antwoorden vormen de grondslag voor deze overeenkomst.

Hebt u en/of de verzekerde onze vragen onjuist en/of onvolledig beantwoord? En hadden we bij de juiste en/of volledige antwoorden de verzekering niet geaccepteerd? Of alleen tegen andere voorwaarden of een hogere premie? Dan kunnen we:

- de uitkeringen die we aan u betaald hebben geheel of gedeeltelijk terugvorderen;
- de premie en/of voorwaarden van de verzekering wijzigen;
- de verzekering beëindigen.

We beëindigen de verzekering alleen als u en/of de verzekerde onze vragen met opzet onjuist en/of onvolledig hebt beantwoord, of als we bij de juiste en/of volledige antwoorden de verzekering niet zouden hebben geaccepteerd.

3 Duur en einde van uw verzekering

3.1 Wat is de duur van uw verzekering?

Uw verzekering heeft een contractduur voor een bepaalde periode. Na de overeengekomen contractduur verlengen we uw verzekering elke keer met een jaar. De contractvervaldatum wordt dan elk jaar automatisch met een jaar opgeschoven.

We kunnen op de contractvervaldatum ook een langere contractduur dan een jaar met u afspreken. U krijgt dan een nieuw polisblad met de nieuwe contractvervaldatum.

3.2 Wanneer kunt u uw verzekering beëindigen?

U kunt uw verzekering tijdens de eerste contractperiode niet beëindigen. U kunt dit wel doen op de contractvervaldatum. We moeten dan vóór de contractvervaldatum een brief of e-mail ontvangen hebben waarin u dat schrijft.

Na de eerste contractvervaldatum kunt u uw verzekering dagelijks beëindigen. U moet ons dan een brief sturen. Of een e-mail. We beëindigen de verzekering dan:

- één maand nadat we een brief of e-mail met uw opzegging ontvangen hebben; of
- per de latere datum die u opgeeft.

Hebt u op de contractvervaldatum een langere contractduur dan een jaar met ons afgesproken? Dan kunt u de verzekering tijdens deze nieuwe contractduur niet beëindigen. U kunt dat wel doen op de nieuwe contractvervaldatum. We beëindigen de verzekering dan zoals hiervoor beschreven staat.

Hebt u een contract gesloten met directe opzegbaarheid? Dan hebt u een contractduur van een jaar. Op de polis staat dan dat u de verzekering op ieder moment kunt beëindigen ook in de eerste contractperiode.

3.3 Wanneer kunnen we uw verzekering opzeggen?

We kunnen uw verzekering niet zomaar opzeggen, ook niet per de contractvervaldatum. Wel kunnen we uw verzekering opzeggen als:

- u en/of de verzekerde ons bij de aanvraag niet alle of niet de juiste informatie heeft gegeven. En als we de verzekering niet hadden gesloten als we die informatie wel hadden gehad;
- u en/of de verzekerde fraude heeft gepleegd of ons opzettelijk heeft misleid. Over fraude leest u meer in hoofdstuk 15;
- u de premie niet volledig betaalt, niet op tijd betaalt of weigert te betalen nadat we u een herinnering hebben gestuurd. Over het betalen van premie leest u meer in hoofdstuk 9;
- het risico van uw verzekering wijzigt en we het nieuwe risico niet willen verzekeren. Over deze wijzigingen leest u meer in hoofdstuk 4.

3.4 Wanneer eindigt de verzekering automatisch?

Op de volgende momenten eindigt de verzekering automatisch:

- op de einddatum die op het polisblad staat;
- op de dag dat de verzekerde overlijdt.

4 Uw verzekering actueel houden

Het is belangrijk dat u ons op de hoogte houdt van wijzigingen binnen de onderneming, het beroep en de werkzaamheden van de verzekerde. Zo weet u zeker dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering volledig past bij uw situatie en de situatie van de verzekerde. In dit hoofdstuk leest u welke wijzigingen u aan ons door moet geven.

4.1 Wat moet u doen om uw verzekering actueel te houden?

We verwachten van u dat u ons informeert als er iets verandert in de onderneming, beroep of werkzaamheden van de verzekerde.

In de volgende paragrafen geven we aan wat u moet doorgeven en wat de gevolgen voor de verzekering zijn.

4.2 Wijzigingen waardoor we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen

In de volgende situaties beëindigen we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering:

- De onderneming van u en/of de verzekerde is failliet verklaard.
- U of de verzekerde heeft via de rechter surseance van betaling aangevraagd.
- U, de verzekerde of een van uw schuldeisers heeft het faillissement van uw onderneming aangevraagd bij de rechter.
- U of de verzekerde heeft een 'schuldsanering voor natuurlijke personen' aangevraagd of opgelegd gekregen.
- U of de verzekerde beëindigt de bedrijfsactiviteiten.
- De verzekerde stopt (tijdelijk) met de werkzaamheden, die horen bij zijn beroep.
- De verzekerde gaat langer dan zes maanden naar het buitenland.

Als één van deze situaties zich voordoet, dan ontvangen we de informatie daarover graag zo snel mogelijk van u, in ieder geval binnen een maand nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. We beëindigen uw arbeidsongeschiktheidsverzekering dan per de datum waarop de gebeurtenis plaatsvond.

De verzekerde stopt tijdelijk met de werkzaamheden die behoren bij zijn beroep

Als de verzekerde tijdelijk stopt met de werkzaamheden dan kunt u de dekking tijdelijk stoppen. De verzekering loopt dan door maar er is geen dekking. U betaalt dan 8% van de premie. U kunt de dekking opnieuw in laten gaan als de verzekerde binnen een jaar na stopzetting van de dekking weer begint met de werkzaamheden die horen bij zijn beroep. De verzekerde hoeft dan geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden. Is de verzekering niet binnen een jaar opnieuw begonnen, dan beëindigen we de verzekering definitief.

Wordt de verzekerde arbeidsongeschikt in de tijd dat de dekking tijdelijk gestopt is? Dan krijgt u geen uitkering. Dat geldt ook als de verzekerde nog arbeidsongeschikt is op het moment dat de dekking weer ingaat. Alleen voor arbeidsongeschiktheid ontstaan nadat er weer dekking is, krijgt u een uitkering. Bent u arbeidsongeschikt en is de dekking tijdelijk gestopt, dan heeft u wel recht op hulp en ondersteuning van een gecertificeerde arbeidsdeskundige van De Amersfoortse.

4.3 Wat zijn de gevolgen als u deze wijzigingen niet op tijd doorgeeft?

Hebt u deze wijzigingen niet gemeld? En wordt de verzekerde arbeidsongeschikt? Dan krijgt u geen uitkering. We beëindigen de verzekering dan per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

4.4 De verzekerde is verplicht verzekerd voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Als de verzekerde verplicht verzekerd wordt voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) beëindigen we de verzekering. Als het mogelijk is bieden we een verzekering aan als aanvulling op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). We zetten de verzekering om in een andere verzekering of beëindigen de verzekering per de datum waarop wij uw brief of e-mail hebben ontvangen. Gaat de verzekerde binnen een jaar weer als zelfstandige zijn of haar beroep weer uitoefenen? Dan kunt u de verzekering zonder aanvullende gezondheidsvragen in kracht herstellen.

Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden in de tijd dat de verzekerde verplicht verzekerd was, dan krijgt u geen uitkering uit deze arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ook niet als de verzekerde nog arbeidsongeschikt is terwijl de dekking weer loopt. Alleen voor arbeidsongeschiktheid ontstaan nadat de dekking weer loopt krijgt u een uitkering.

Hebben wij de verzekering omgezet naar een verzekering als aanvulling op de Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), dan keren wij uit op deze verzekering.

4.5 **Wat zijn de gevolgen als u niet heeft gemeld dat de verzekerde verplicht verzekerd is voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)**

Hebt u niet gemeld dat de verzekerde verplicht verzekerd is? En wordt de verzekerde arbeidsongeschikt? Als het mogelijk is zullen we de verzekering omzetten naar een verzekering die aanvult op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Dit doen we dan per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. U krijgt dan een uitkering uit de verzekering die aanvult op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Is omzetting niet mogelijk? Dan beëindigen we de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

Hebt u ons niet gemeld dat de verzekerde verplicht verzekerd is naast zijn beroep als zelfstandige? En de verzekerde wordt arbeidsongeschikt? Dan kijken we op dat moment of er sprake is van wijziging van het risico.

- Is er sprake van een wijziging van het risico en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan passen we de verzekering aan per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. We beoordelen de arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden. We zullen de verzekerde bedragen in ieder geval verlagen naar het inkomen dat de verzekerde nog verdient als zelfstandige.
- Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor we een hogere premie zouden vragen? Dan keren we wel uit. Maar we verlagen de uitkering dan wel. Dat doen we in dezelfde verhouding als de nieuwe premie staat tot de oude premie.

4.6 **Wijzigingen van het beroep of onderneming van de verzekerde waardoor we uw arbeidsongeschiktheidsverzekering aanpassen**

Door bepaalde situaties kan het risico op arbeidsongeschiktheid binnen uw onderneming anders worden. In deze situaties ontvangt u een offerte met de aanpassing. Dit is bijvoorbeeld het geval als:

- het beroep van de verzekerde is gewijzigd;
- de werkzaamheden van de verzekerde zijn gewijzigd;
- de verzekerde een andere onderneming (of een gedeelte daarvan) overneemt;
- de onderneming van de verzekerde fuseert met een andere onderneming;
- de onderneming van de verzekerde wordt gesplitst of krimpt;
- de onderneming van de verzekerde samengaat met een andere onderneming waardoor de werkzaamheden van de verzekerde veranderen of een ander beroep van toepassing is.

Als één van deze situaties zich voordoet, ontvangen we de informatie hierover graag zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen een maand nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. U ontvangt vervolgens van ons een offerte voor de gewijzigde situatie.

Gaat u niet akkoord met de aanpassing van de premie en/of voorwaarden? Geeft u dat dan zo snel mogelijk aan ons door, in elk geval binnen een maand na verzending van de offerte. Dan eindigt uw arbeidsongeschiktheidsverzekering per de datum dat uw risico gewijzigd is.

Het kan voorkomen dat we de verzekering niet willen voortzetten, omdat we het risico op arbeidsongeschiktheid te groot vinden. Dan eindigt uw arbeidsongeschiktheidsverzekering per de datum dat het risico gewijzigd is.

4.7 **Wat zijn de gevolgen als u de wijzigingen van het beroep of onderneming niet of te laat doorgeeft?**

Hebt u wijzigingen niet of te laat gemeld? En wordt de verzekerde arbeidsongeschikt? Dan kijken we op dat moment of er sprake is van een wijziging van het risico en kunnen we het volgende doen:

- Is het risico gewijzigd en is aanpassing van de voorwaarden noodzakelijk? Dan beoordelen we de arbeidsongeschiktheid aan de hand van de gewijzigde voorwaarden.
- Is er sprake van een verhoging van het risico waarvoor we een hogere premie zouden vragen? Dan verlagen we de uitkering. Voor het berekenen van de uitkering verlagen we de verzekerde bedragen in dezelfde verhouding als de verhouding van de nieuwe premie staat tot de oude premie.
- Is er een wijziging waardoor we de verzekerde bedragen zouden verlagen? Dan verlagen we het verzekerde bedrag per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

- Als we de nieuwe situatie niet willen verzekeren omdat we het risico op arbeidsongeschiktheid te groot vinden, dan bestaat geen recht op uitkering en beëindigen we de verzekering. We passen de verzekering aan of beëindigen de verzekering per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

4.8 Wijzigingen van de dekking van uw verzekering

Bij de aanvraag van uw verzekering hebt u aangegeven welke dekking u verzekerd wilt hebben. Tijdens de looptijd van de verzekering kan het zijn dat u de dekking wilt aanpassen.

Wilt u:

- het verzekerd bedrag verlagen;
- een langer eigen risico;
- een lagere eindleeftijd;
- een lagere indexatie van verzekerd bedrag en/of uitkering;
- een hogere uitkeringsdrempel.

Dan sturen we u een offerte. In de offerte beschrijven we de gewijzigde dekking en de nieuwe premie die daarvoor geldt. We horen graag zo snel mogelijk of u wel of niet akkoord gaat met de offerte, maar in ieder geval binnen een maand na de offertedatum.

Gaat u akkoord met de offerte? Dan passen we uw verzekering aan per de datum waarop wij uw akkoord hebben ontvangen. De nieuwe premie gaat gelden vanaf het moment van de wijziging van de dekking. U ontvangt hiervoor een gewijzigde polis.

Gaat u niet akkoord met de offerte? Dan veranderen we de dekking van uw verzekering niet. We zetten de verzekering ongewijzigd voort.

Wilt u:

- het verzekerd bedrag verhogen;
- een korter eigen risico;
- een hogere eindleeftijd;
- een hogere indexatie van verzekerd bedrag en/of uitkering;
- een lagere uitkeringsdrempel.

Het verzekerd bedrag kunt u 1 keer per jaar verhogen met maximaal 10%. Heeft u het verzekerd bedrag in het jaar voor de verhoging verlaagd omdat uw inkomen gedaald was, dan kunt u het verzekerd bedrag verhogen tot het verzekerd bedrag voor de verlaging. Daarbovenop mag u nog eens met 10% verhogen. U hoeft hiervoor geen gezondheidsvragen te beantwoorden. Voorwaarde is wel dat u op het moment van de verhoging niet arbeidsongeschikt bent of in de 3 maanden daarvoor niet arbeidsongeschikt bent geweest.

Wilt u het verzekerd bedrag met meer dan 10% verhogen? Of een van de andere wijzigingen doorvoeren?

Dan sturen we u een offerte. In de offerte beschrijven we de gewijzigde dekking en de nieuwe premie die daarvoor geldt. Ook geven we aan welke gezondheidsgegevens we nodig hebben, om te beoordelen of we de nieuwe dekking willen accepteren. Daarnaast kunnen we om meer informatie vragen, bijvoorbeeld financiële gegevens. We horen graag zo snel mogelijk of u wel of niet akkoord gaat met de offerte, maar in ieder geval binnen een maand na de offertedatum.

Gaat u akkoord met de offerte? Dan ontvangen we de gezondheidsgegevens zo spoedig mogelijk van u, maar in ieder geval binnen een maand. Hebben we de gezondheidsgegevens beoordeeld en gaan we akkoord met de wijziging, dan passen we uw verzekering aan. De nieuwe premie gaat dan gelden vanaf het moment van de wijziging van de dekking. U ontvangt hiervoor een gewijzigde polis.

Gaat u niet akkoord met de offerte? Dan veranderen we de dekking van uw verzekering niet. We zetten de verzekering ongewijzigd voort.

5 De dekking van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering

5.1 Wanneer hebt u recht op een uitkering?

U hebt recht op een uitkering als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- de verzekerde is ten minste 25% arbeidsongeschikt. Of vanaf het hogere percentage als u met ons een andere uitkeringsdrempel hebt afgesproken;
- de arbeidsongeschiktheid is begonnen op of na de ingangsdatum van de verzekering;
- het eigen risico is voorbij;
- er is aan deze polisvoorwaarden voldaan.

5.2 Hoe wordt de arbeidsongeschiktheid vastgesteld?

- Is de arbeidsongeschiktheid eenvoudig vast te stellen?

We stellen in overleg met de verzekerde vast in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is. Daarnaast stellen we vast hoe lang de arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk gaat duren.

- Is de arbeidsongeschiktheid niet eenvoudig vast te stellen?

Dan vragen we aanvullende informatie op:

- We kunnen een huisarts of specialist vragen de verzekerde te onderzoeken. Dit zal niet de eigen arts zijn. De huisarts of specialist geeft aan onze medisch adviseur door wat de verzekerde heeft en welke beperkingen de verzekerde heeft.
- We vragen de verzekerde om zijn/haar behandelend(e) arts(en) toestemming te geven om onze medisch adviseur te informeren over de ziekte of ongevalsgevolgen waarvoor de verzekerde zich arbeidsongeschikt heeft gemeld.
- We kunnen een arbeidsdeskundige vragen de verzekerde te bezoeken. De arbeidsdeskundige bespreekt met de verzekerde, welke werkzaamheden voor de verzekerde mogelijk zijn binnen het eigen beroep of de onderneming van de verzekerde. De arbeidsdeskundige bespreekt de mogelijkheid voor werkaanpassingen en aanpassingen in de werkomstandigheden.

We melden u zo snel mogelijk in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is en welke uitkering daarbij hoort.

5.3 Wat moet u doen als u het niet met ons standpunt eens bent?

Wij delen u mee welke mate van arbeidsongeschiktheid wij hebben vastgesteld en of u recht heeft op een uitkering. Bent u het niet met ons eens? Geeft u dan zo snel mogelijk aan waarom u het niet met ons eens bent. Wij proberen dan samen met u een oplossing te vinden. Die oplossing kan zijn dat onze medisch adviseur nieuwe medische gegevens opvraagt of een arts verzoekt u te keuren omdat uw situatie is gewijzigd. Die oplossing kan ook zijn dat onze arbeidsdeskundige u bezoekt.

Second opinion

Komen wij samen niet tot een oplossing? Na onze mededeling dat wij geen oplossing hebben gevonden en wij het niet met elkaar eens zijn geworden heeft u 30 dagen de tijd om een second opinion bij ons aan te vragen. Geeft u dan nog eens duidelijk aan waarom u het niet met ons eens bent en waar uw bezwaar op gericht is. Uw bezwaar laten wij beoordelen door een arts en/of arbeidsdeskundige, die we in overleg met elkaar bepalen. Bij deze second opinion kan het nodig zijn dat u opnieuw medisch wordt onderzocht en/of dat een arbeidsdeskundige u opnieuw bezoekt. Op basis van de uitkomst van de second opinion stellen wij de mate van arbeidsongeschiktheid opnieuw vast. De uitkomst van deze second opinion is dan voor u en voor ons bindend. U kunt daarna niet weer een second opinion aanvragen.

Kosten

Als wij samen met u een arts en/of arbeidsdeskundige vragen om een second opinion uit te voeren dan betalen wij deze arts en/of arbeidsdeskundige. Alleen als uw wensen voor diegene die u de second opinion wil laten uitvoeren onredelijk zijn kunnen wij besluiten de kosten voor de second opinion niet of niet volledig te vergoeden.

5.4 Hoe berekenen we uw uitkering?

We berekenen de uitkering per dag. Dat doen we door het verzekerde bedrag te delen door 365 dagen. Voor iedere dag dat de verzekerde arbeidsongeschikt is, ontvangt u dus een deel van de uitkering. U ontvangt de uitkering niet over de dagen dat het eigen risico geldt. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid:

- **Is de verzekerde volledig arbeidsongeschikt?**

De uitkering is dan gelijk aan het verzekerde bedrag.

- **Is de verzekerde gedeeltelijk arbeidsongeschikt?**

U krijgt dan een gedeeltelijke uitkering. Hieronder kunt u zien welk percentage u van het verzekerde bedrag krijgt bij (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid:

Arbeidsongeschiktheidspercentage	percentage van het verzekerde bedrag
80% - 100%	100%
65% - 80%	75%
55% - 65%	60%
45% - 55%	50%
35% - 45%	40%
25% - 35%	30%
0% - 25%	Geen uitkering

5.5 Wanneer betalen we de uitkering?

We betalen de uitkeringen aan het eind van elke kalendermaand. Als wij dat wettelijk verplicht zijn, houden wij op de arbeidsongeschiktheidsuitkering loonheffingen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet in. Wij betalen dit voor u aan de belastingdienst U krijgt dan een netto uitkering.

5.6 Zijn het verzekerd bedrag en de uitkering waardevast?

Hebben we bij het afsluiten van de verzekering met u afgesproken het verzekerd bedrag te indexeren? Dan indexeren we het verzekerd bedrag elk jaar op de ingangsdatum van de verzekering met het CBS indexpercentage. De indexering stopt als de verzekerde een uitkering ontvangt voor het na-eerstejaars risico (rubriek B). We verhogen de verzekerde bedragen pas weer als de verzekerde volledig hersteld is en de uitkering is beëindigd.

CBS-indexpercentage

Voor het CBS-indexpercentage gebruiken we het indexcijfer cao-lonen per maand inclusief bijzondere beloningen. Dit indexcijfer is berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Ieder jaar vergelijken we het indexcijfer van de maand oktober met het indexcijfer van de maand oktober van het jaar daarvoor. Het verschil wordt uitgedrukt in een percentage. Met dat percentage verhogen we de verzekerde bedragen. De premie voor de verhogingen berekenen we met de leeftijd die de verzekerde op dat moment heeft. Is het indexcijfer lager dan het jaar daarvoor, dan verlagen we de verzekerde bedragen en de premie niet.

Hebben we bij het afsluiten van de verzekering met u afgesproken dat we de uitkering indexeren? Dan verhogen we de verzekerde bedragen elk jaar op de ingangsdatum van de verzekering met het overeengekomen percentage. Dit doen we voor het eerst als u een uitkering krijgt voor het na-eerstejaarsrisico (rubriek B). De indexering stopt als de verzekerde volledig hersteld is en geen uitkering meer ontvangt. U behoudt het verhoogde verzekerde bedrag.

In de clause aan het eind van deze voorwaarden kunt u lezen hoe de verhoging plaatsvindt. Het juiste clausulenummer staat op het polisblad.

5.7 Keren we uit bij zwangerschap en bevalling?

U krijgt een uitkering voor zwangerschap en bevalling als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De datum waarop de zwangerschap van de verzekerde is ontstaan ligt na de ingangsdatum van de verzekering. Dit betekent dat de uitgerekende datum van de verloskundige ten minste 40 weken na de ingangsdatum van de verzekering moet zijn.
- We hebben een brief van de arts of een verloskundige ontvangen met de uitgerekende datum.

Bij zwangerschap van de verzekerde gaat het recht op uitkering voor zwangerschap en bevalling in na afloop van het eigen risico. Het recht op deze uitkering eindigt op de dag die zestien weken na de eerste dag van het eigen risico ligt. Het eigen risico gaat in op de dag die ligt op zes of vier weken voor de datum waarop de verzekerde uitgerekend is. U kunt zelf kiezen voor een termijn van zes of vier weken voor de datum waarop de verzekerde is uitgerekend.

De uitkering voor zwangerschap en bevalling berekenen we over 100% van het verzekerde bedrag voor rubriek A (eerstejaarsrisico). We betalen de uitkering aan het eind van elke kalendermaand. Wij houden hier geen loonheffingen en inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet op in.

Is de verzekerde arbeidsongeschikt tijdens de zwangerschap? Dan stopt de uitkering voor arbeidsongeschiktheid en ontvangt u een uitkering voor zwangerschap en bevalling.

Is de verzekerde arbeidsongeschikt na de zwangerschapsuitkering?

Dan krijgt u een uitkering voor arbeidsongeschiktheid. Het eigen risico passen we maar eenmaal toe.

5.8 Keren we uit bij adoptie?

U krijgt een uitkering bij adoptie als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De datum waarop de adoptie plaatsvindt ligt ten minste een jaar na de ingangsdatum van de verzekering.
- U hebt een eigen risico van maximaal 90 dagen.
- We hebben een officiële adoptieverklaring ontvangen met de adoptiedatum.

De uitkering bij adoptie gaat in op de datum waarop de adoptie officieel plaatsvindt. De uitkering bedraagt 100% van het verzekerde bedrag voor het eerstejaarsrisico over een periode van 30 dagen. Het eigen risico is niet van toepassing.

Krijgt u gedurende de periode van de adoptie-uitkering ook een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, dan vullen wij deze uitkering aan tot 100% van het verzekerde bedrag.

5.9 Welke dienstverlening kunt u van ons verwachten?

De verzekerde krijgt hulp en ondersteuning van een gecertificeerde arbeidsdeskundige, als de verzekerde arbeidsongeschikt is. De arbeidsdeskundige onderzoekt wat nodig is om de verzekerde aan het werk te helpen. De arbeidsdeskundige adviseert de verzekerde over mogelijke veranderingen in de werkzaamheden en begeleidt de verzekerde in het doorvoeren van deze veranderingen. De kosten van de arbeidsdeskundige komen voor onze rekening.

Zijn er kosten verbonden aan de ondersteuning? Of is een extra opleiding nodig om de verzekerde weer aan het werk te helpen? Dan maken wij voor aanvang van de ondersteuning aanvullende afspraken met u over de uitkering bij een succesvolle re-integratie in eigen werk of bij ander werk. De aanvullende afspraken zijn zo opgesteld dat het inzetten en investeren in re-integratie voor beide partijen voordeel heeft. Wij bekijken of re-integratie nut heeft. U beslist of u re-integratie wilt inzetten.

Weer aan het werk en ondersteuning

Is de verzekerde door aanpassing van het werk en werkomstandigheden minder arbeidsongeschikt dan de uitkeringsdrempel? Of is de verzekerde door een andere taakverdeling of door taakaanpassing minder arbeidsongeschikt dan de uitkeringsdrempel? Dan kunnen we de verzekerde blijven ondersteunen. Wij maken dan voor aanvang van de ondersteuning aanvullende afspraken met u. De aanvullende afspraken zijn zo opgesteld dat het inzetten en investeren in re-integratie voor u en voor ons voordeel heeft. We bekijken of re-integratie nut heeft. U beslist of u re-integratie wilt inzetten.

5.10 Is het mogelijk de rechten uit deze overeenkomst over te dragen?

De rechten uit deze arbeidsongeschiktheidsverzekering kunnen:

- niet worden overgedragen (het recht op uitkering kan bijvoorbeeld niet aan iemand anders worden gegeven of in leen gegeven);
- niet in pand worden gegeven;
- niet op een andere manier tot zekerheid dienen.

6 Einde van de uitkering

6.1 Wanneer hebt u geen recht (meer) op een uitkering?

In sommige gevallen hebt u geen recht op een uitkering. Ook kan de uitkering eerder ophouden dan u met ons hebt afgesproken. Hieronder leest u wanneer u geen uitkering (meer) ontvangt:

- De verzekerde is minder dan 25% arbeidsongeschikt. Of minder arbeidsongeschikt dan het hogere percentage als u een andere uitkeringsdrempel met ons hebt afgesproken.
- De einddatum die op het polisblad staat is bereikt.

- De verzekerde is overleden. U krijgt een uitkering tot de dag van overlijden en een slotuitkering. De slotuitkering is gelijk aan het bedrag van de maandelijkse uitkering op de dag van overlijden, berekend over een periode van drie maanden. We keren uit op uw rekening. Als u ook de verzekerde bent, dan valt de uitkering op deze wijze in de nalatenschap.
- U hebt alleen het eerstejaarsrisico (Rubriek A) verzekerd. In dit geval beëindigen we de uitkering na de maximale arbeidsongeschiktheidsperiode van 365 dagen, tenzij de einddatum van de polis eerder bereikt is.
- U hebt de premie niet volledig of niet op tijd betaald, of weigert te betalen nadat we u een herinnering hebben gestuurd.
- U of de verzekerde komt de verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid niet na.
- U of de verzekerde komt de verplichtingen na een ongeval niet na.
- U of de verzekerde heeft fraude gepleegd of ons opzettelijk misleid.
- U of de verzekerde heeft ons onjuist of onvolledig geïnformeerd.
- Er sprake is van een van de uitsluitingen zoals genoemd in hoofdstuk 7.

6.2 Wat zijn de gevolgen voor de uitkering als de verzekering wordt beëindigd?

Wordt de verzekering beëindigd, terwijl de verzekerde arbeidsongeschikt is? Dan blijft het recht op uitkering bestaan. Wordt de verzekerde minder arbeidsongeschikt, dan verlagen wij de uitkering. Als de verzekerde meer arbeidsongeschikt wordt, verhogen wij de uitkering niet. De verzekerde blijft de uitkering houden die hij had.

De uitkering wordt wel beëindigd als het bepaalde uit paragraaf 6.1 van toepassing is.

7 Uitsluitingen

Als de verzekerde arbeidsongeschikt is of een ongeval heeft gehad, hebt u op basis van deze verzekering recht op een uitkering. In bepaalde gevallen is er wel sprake van arbeidsongeschiktheid of een ongeval, maar is er toch geen dekking. We spreken dan van uitsluitingen. Hieronder leest u welke uitsluitingen er gelden.

7.1 Opzet of roekeloosheid

Er is geen dekking als:

- de verzekerde zijn arbeidsongeschiktheid of ongeval met opzet of roekeloosheid zelf heeft veroorzaakt;
- de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden of een ongeval heeft gekregen door uw opzet of uw roekeloosheid;
- de verzekerde is overleden door een ongeval dat met opzet of door roekeloosheid is veroorzaakt door degene die de uitkering bij overlijden krijgt.

7.2 Alcohol, geneesmiddelen en drugs

Er is geen dekking als:

- het alcoholgehalte in het bloed bij verzekerde op het moment van een ongeluk of een ongeval hoger is dan wettelijk mag;
- wij aannemelijk maken dat het verkeersongeluk gebeurde doordat de verzekerde teveel alcohol had gedronken;
- de arbeidsongeschiktheid of het ongeval van de verzekerde is veroorzaakt door het gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of opwekkende middelen zonder voorschrift van een arts;
- de arbeidsongeschiktheid of het ongeval van de verzekerde is veroorzaakt doordat de verzekerde zich niet aan het voorschrift van de arts heeft gehouden.

7.3 Detentie

Er is geen dekking als de verzekerde in Nederland of in het buitenland:

- in de gevangenis of in voorlopige hechtenis zit;
- ter beschikking is gesteld van de Staat (tbs).

7.4 Molest

Er is geen dekking als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden of een ongeval heeft gehad door molest.

Onder molest verstaan we:

- een gewapend conflict: landen zijn met elkaar in oorlog;
- een burgeroorlog: inwoners van één land voeren oorlog met elkaar;
- een opstand: inwoners van een land verzetten zich met geweld tegen de overheid van dat land;

- binnenlandse onlusten: groepen mensen gebruiken geweld op verschillende plaatsen in een land;
- oproer: een groep mensen verzet zich op één plaats met geweld tegen de overheid;
- munitie; een groep militairen verzet zich met geweld tegen hun commandanten.

De juridische omschrijving van deze zes vormen van molest vindt u in bijlage 1. Doen we een beroep op deze uitsluiting? Dan gebruiken we de juridische omschrijving.

7.5 Atoomkernreactie

Er is geen dekking als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden of een ongeval heeft gehad door een atoomkernreactie. Het maakt daarbij niet uit hoe die reactie is ontstaan. We betalen wel een uitkering als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door radioactieve stoffen. Voorwaarde is dat deze stoffen:

- volgens hun bestemming buiten de kerninstallatie zijn en
- buiten de kerninstallatie gebruikt worden.

Bovendien moeten ze bedoeld zijn voor en/of gebruikt worden door:

- de industrie;
- de handel;
- de landbouw;
- een medisch doel;
- de wetenschap;
- een onderwijskundig doel;
- beveiliging, maar geen militaire beveiliging.

Daarnaast moet er een vergunning van de overheid zijn om radioactieve stoffen te maken, te gebruiken, te bewaren en op te ruimen.

In de Wet aansprakelijkheid kernongevallen staat wat we bedoelen met een kerninstallatie. Die wet is gepubliceerd in het Staatsblad 1979-225. Daarnaast bedoelen we ook een kerninstallatie aan boord van een schip.

7.6 Terrorisme

Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden als gevolg van terrorisme? Of krijgt de verzekerde een ongeval als gevolg van terrorisme? Dan wordt de omvang van de vergoeding, aanvulling of uitkering bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De voorwaarden voor deze vergoeding, aanvulling of uitkering staan in het clauseblad Terrorismedekking. Dit clauseblad vindt u in bijlage 2.

7.7 Clausule

Als we door een clause op het polisblad hebben aangegeven, dat we in bepaalde gevallen niet uitkeren.

7.8 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden.

8 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

Hieronder geven we aan wat we van u en de verzekerde verwachten als de verzekerde arbeidsongeschikt is. Ook geven we aan wat de gevolgen zijn als u en de verzekerde zich hier niet aan houden.

8.1 Wanneer geeft u of de verzekerde een arbeidsongeschiktheidsmelding door?

U of de verzekerde laat ons zo snel mogelijk weten dat de verzekerde arbeidsongeschikt is. U kunt dit doen via de website van De Amersfoortse. In ieder geval moet u of de verzekerde dit melden voor het eigen risico voorbij is. Is het eigen risico langer dan drie maanden? Dan moet u of de verzekerde ons in ieder geval binnen drie maanden melden dat de verzekerde arbeidsongeschikt is.

Weer aan het werk

Gaat de verzekerde weer aan het werk? Dan geeft u of de verzekerde dit direct aan ons door. Dat geldt ook als de verzekerde weer gedeeltelijk aan het werk gaat.

8.2 Wat zijn de gevolgen als u of de verzekerde de melding niet op tijd doorgeeft?

Ontvangen we de arbeidsongeschiktheidsmelding niet op tijd, dan beschouwen we de dag waarop we de melding hebben ontvangen als de eerste arbeidsongeschiktheidsdag. Het eigen risico en de uitkering gaan dan later in.

Ontvangen we de arbeidsongeschiktheidsmelding pas na drie jaar, dan hebt u geen recht op een uitkering voor de verzekerde.

8.3 Welke informatie geeft u of de verzekerde aan ons door?

Als we daarom vragen, geeft u of de verzekerde ons alle informatie die nodig is om:

- vast te stellen of u recht heeft op een uitkering;
- de hoogte van de uitkering te bepalen;
- te beoordelen welke mogelijkheden er zijn voor aanpassingen van werk en werkomstandigheden binnen de onderneming;
- te beoordelen welke mogelijkheden er zijn voor taakverschuivingen binnen de onderneming.

Hebben we een deskundige gevraagd de verzekerde te onderzoeken dan moet u of de verzekerde deze deskundige alle informatie geven die nodig is.

Als we verplicht zijn loonheffingen op uw arbeidsongeschiktheidsuitkering in te houden dan ontvangt u van ons het formulier 'opgaaf gegevens voor loonheffingen'. U moet dit formulier zo snel mogelijk ingevuld en ondertekend aan ons sturen.

8.4 Wat moeten u en de verzekerde doen bij arbeidsongeschiktheid?

Als de verzekerde arbeidsongeschikt is, hebben u en/of de verzekerde de volgende verplichtingen:

- De verzekerde moet zich direct laten behandelen door een arts.
- De verzekerde doet er alles aan om weer arbeidsgeschikt te worden.
- De verzekerde accepteert aanpassingen van werk of werkomstandigheden of een andere verdeling van taken binnen de organisatie als dit zorgt voor (gedeeltelijk) herstel of snellere terugkeer naar werk.
- Als we daarom vragen, moet de verzekerde zich laten onderzoeken door een arts en aan hem informatie geven. We wijzen de arts aan en we betalen de arts voor de kosten van het onderzoek.
- Als we daarom vragen moet de verzekerde toestemming geven om informatie bij zijn arts op te vragen.
- Als we een arbeidsdeskundige inschakelen, dan moet verzekerde meewerken aan het onderzoek van de arbeidsdeskundige en de informatie geven, die hij vraagt.
- De verzekerde overlegt vooraf met ons als hij langer dan twee maanden naar het buitenland gaat.
- U en de verzekerde doen niets wat onze belangen benadeelt.

8.5 Wat zijn de gevolgen als u of de verzekerde deze verplichtingen niet nakomt?

Komt u of de verzekerde de verplichtingen uit paragraaf 8.3 en 8.4 niet na en lijden we daardoor schade? Dan kunnen we de uitkering verlagen of beëindigen.

We betalen in ieder geval geen uitkering als u en/of de verzekerde deze verplichtingen niet nakomt met de bedoeling ons te misleiden.

9 Premie**9.1 Hoe wordt uw premie vastgesteld?**

Bij het berekenen van de premie voor uw arbeidsongeschiktheidsverzekering houden we rekening met de volgende omstandigheden:

- de gezondheid van de verzekerden per beroepsgroep en leeftijdsklasse;
- het economisch klimaat;
- wet- en regelgeving;
- maatschappelijke trends.

De premie die u betaalt is afhankelijk van uw beroepsgroep en leeftijdsklasse, maar ook van het verzekerd bedrag en de keuzes die u maakt in de dekkingen.

9.2 Wanneer wordt de premie vastgesteld?

De premie wordt vastgesteld bij de start van uw verzekering. Dat doen we op basis van de gegevens in paragraaf 9.1. We kunnen de premies gedurende de looptijd van uw verzekering verlagen of verhogen, als de gegevens waarop de premie gebaseerd is gewijzigd zijn. Hierover leest u meer in hoofdstuk 10.

9.3 Wanneer betaalt u de premie?

U betaalt de premie voor de verzekering altijd vooraf. Onder premie verstaan we ook administratie- en incassokosten. Uw dekking geldt als we uw betaling ontvangen binnen 30 kalenderdagen nadat uw betalingstermijn is ingegaan.

9.4 Wat zijn de gevolgen als u de premie niet op tijd of niet volledig betaalt?**Bij de eerste premie**

Betaalt u de eerste premie voor de verzekering niet op tijd of niet volledig? Dan hebt u op de ingangsdatum van uw verzekering geen dekking. Als de verzekerde dan arbeidsongeschikt wordt, hebt u geen recht op een uitkering. De dekking begint pas als we de eerste premie hebben ontvangen.

Bij de vervolgpremies

Betaalt u de vervolgpremie niet op tijd of niet volledig? Dan sturen we u een herinnering. Daarin berichten we u dat de premie binnen 14 dagen betaald moet worden. Doet u dat niet dan schorsen we de verzekering. De gevolgen zijn:

- Wordt de verzekerde tijdens de schorsing arbeidsongeschikt? Dan hebt u geen recht op een uitkering. Dit geldt voor de hele periode dat de verzekerde arbeidsongeschikt is, ook als u de premie en kosten later alsnog betaalt en de verzekerde nog steeds arbeidsongeschikt is.
- Was de verzekerde al arbeidsongeschikt voordat de dekking werd geschorst? Dan hebt u wel recht op een uitkering. We mogen de te betalen premie op deze uitkeringen inhouden.
- Hebben we de dekking geschorst en betaalt u de premie en kosten nog steeds niet? Dan kunnen we de arbeidsongeschiktheidsverzekering beëindigen. U bent dan niet langer verzekerd, en krijgt geen uitkering meer van ons.

Hebben wij de dekking geschorst? Dan proberen we toch de premie te ontvangen en kunnen we een incassobureau inschakelen. U betaalt de kosten daarvoor, inclusief de wettelijke rente voor niet handelstransacties.

9.5 Krijgt u de premie terug als de verzekering eindigt?

U krijgt een gedeelte van de betaalde premie terug voor de periode die ligt na de datum waarop de verzekering is beëindigd.

U krijgt geen premie terug als we de verzekering moeten beëindigen omdat u en/of de verzekerde bij de aanvraag of tijdens de verzekering met opzet onjuiste of geen volledige antwoorden heeft gegeven.

9.6 Wanneer hoeft u (gedeeltelijk) geen premie meer te betalen?

U hoeft (gedeeltelijk) geen premie meer te betalen.

- In het laatste jaar voor de einddatum van de verzekering;
- Als u een uitkering ontvangt op grond van het na-eerstejaarsrisico. Het gedeelte van de premie dat u niet meer hoeft te betalen is gelijk aan het uitkeringspercentage. Dit heet premievrijstelling.

9.7 Opgave aan de Belastingdienst

Als we dat wettelijk verplicht zijn, geven we aan de Belastingdienst door hoeveel premie u hebt betaald en/of teruggekregen. Ook als er iets wijzigt aan uw verzekering waardoor de premies niet langer aftrekbaar zijn voor de inkomstenbelasting geven we dit op aan de Belastingdienst.

10 Aanpassing van premie en voorwaarden**10.1 Hoe worden premies en voorwaarden vastgesteld?**

Bij het vaststellen van de premies en voorwaarden houden we rekening met de volgende omstandigheden:

- de gezondheid van de verzekerden per beroepsgroep en leeftijdsklasse;
- het economisch klimaat;

- wet- en regelgeving;
- maatschappelijke trends.

10.2 Kunnen we de premies en voorwaarden wijzigen?

De premie en voorwaarden worden vastgesteld bij het begin van uw verzekering. We kunnen de premies en/of voorwaarden aanpassen gedurende de looptijd van uw verzekering als gewijzigde omstandigheden daarom vragen. Als we dat doen dan doen we dat in beginsel per contractvervaldatum. We doen dat niet alleen voor uw verzekering. We passen de premie en/of voorwaarden dan aan voor alle verzekeringen van eenzelfde soort, of voor alle verzekeringen die gesloten zijn voor een bepaalde beroepsgroep of leeftijdsgroep.

Uiterlijk drie maanden voor de contractvervaldatum sturen we u een brief, waarin we u informeren of uw premie wordt verlaagd, gelijk blijft of wordt verhoogd, en/of de voorwaarden aangepast worden. Passen we uw premie en/of voorwaarden aan en bent u het niet eens met deze aanpassing? Dan kunt u uw verzekering per contractvervaldatum beëindigen.

10.3 Kunnen we de premie en voorwaarden ook voor uw contractvervaldatum wijzigen?

Het kan voorkomen dat we de voorwaarden en/of premie voor uw contractvervaldatum moeten wijzigen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de wet is gewijzigd of de gewijzigde omstandigheden daarom vragen. Uiterlijk drie maanden voor de wijzigingsdatum sturen we u een brief, waarin we u informeren of uw premie en/of voorwaarden aangepast worden. Passen wij uw premie en/of voorwaarden aan en bent u het niet eens met deze aanpassing? Dan kunt u uw verzekering per datum wijziging beëindigen.

10.4 Wat zijn de gevolgen voor verzekerden die al arbeidsongeschikt zijn?

Is de verzekerde arbeidsongeschikt op het moment dat we de verzekering aanpassen? Dan blijven de bestaande voorwaarden voor hem van kracht. De nieuwe voorwaarden gelden pas als hij niet meer arbeidsongeschikt is. De nieuwe premie gaat wel in voor het deel dat de verzekerde arbeidsongeschikt is.

De Amersfoortse Extra's

De Amersfoortse extra's zijn beschreven in hoofdstuk 11, 12, 13 en 14. Het is een extra dienst, dekking of verzekering bij uw arbeidsongeschiktheidsverzekering. De andere artikelen uit deze voorwaarden zijn ook voor De Amersfoortse extra's van toepassing.

11 De Amersfoortse Extra - Preventieprogramma

11.1 Wat houdt het preventieprogramma in?

Het preventieprogramma biedt de verzekerde verschillende mogelijkheden voor onderzoek en advies. Het programma is bedoeld om:

- arbeidsongeschiktheid van de verzekerde te voorkomen;
- de gezondheid van de verzekerde te bevorderen.

De verzekerde krijgt het advies of de uitslag van een onderzoek. Wij ontvangen hierover geen enkele informatie.

Ons actuele preventieprogramma kunt u raadplegen op www.amersfoortse.nl

11.2 Wanneer mag de verzekerde deelnemen aan het preventieprogramma?

We bieden de verzekerde aan om jaarlijks op een door hem gekozen moment deel te nemen aan een preventieprogramma.

11.3 Welke kosten van het preventieprogramma vergoeden we?

We vergoeden de kosten van het preventieprogramma tot maximaal wat er met de dienstverlener is afgesproken.

12 De Amersfoortse Extra –ongevallendeckking

Alleen als dit op het polisblad staat, is de ongevallendeckking van toepassing.

12.1 Wat is het doel van uw Ongevallendeckking?

De ongevallendeckking heeft als doel om een eenmalige uitkering te betalen als de verzekerde door een ongeval overlijdt of blijvend invalide raakt.

12.2 Wanneer is er recht op een uitkering?

Er is recht op een uitkering als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- de verzekerde overlijdt door een ongeval of raakt blijvend invalide door een ongeval;
- het ongeval heeft plaatsgevonden op of na de ingangsdatum van deze verzekering;
- er is aan de overige artikelen van deze polisvoorwaarden voldaan.

12.3 Hoe wordt het recht op een uitkering vastgesteld?

Bij overlijden

We stellen het recht op een uitkering vast aan de hand van de volgende gegevens:

- informatie over de toedracht van het ongeval;
- medische informatie over de doodsoorzaak (alleen als we dat noodzakelijk vinden).

Bij blijvende invaliditeit

We stellen het recht op een uitkering vast aan de hand van de volgende gegevens:

- informatie over de toedracht van het ongeval;
- informatie over de mate van blijvende invaliditeit.

We stellen de mate van blijvende invaliditeit vast door een onafhankelijk medisch onderzoek in Nederland. Hierbij hanteren we objectieve maatstaven. Deze zijn vastgelegd in de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (AMA). De maatstaven worden aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopedische Vereniging. We hanteren voor alle richtlijnen de laatste uitgave die de Nederlandse specialistenverenigingen hebben geaccepteerd.

12.4 Hoe berekenen we de uitkering?

Is er recht op een uitkering voor de verzekerde, dan berekenen we die als volgt:

Bij overlijden

Is de verzekerde door het ongeval overleden? Dan is de uitkering gelijk aan het verzekerde bedrag voor overlijden bij een ongeval. U vindt dit bedrag op uw polisblad.

Heeft de verzekerde al een uitkering ontvangen voor blijvende invaliditeit en overlijdt hij daarna als gevolg van hetzelfde ongeval? Dan trekken we de uitkering die hij al ontvangen heeft van zijn overlijdensuitkering af. Is de uitkering voor blijvende invaliditeit hoger dan de overlijdensuitkering? Dan vragen we het verschil niet terug.

Bij blijvende invaliditeit

De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de mate van blijvende invaliditeit.

Volledig (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan

Mist de verzekerde door het ongeval een lichaamsdeel of orgaan? Of is de functie van het lichaamsdeel of orgaan door het ongeval volledig verloren gegaan? Dan hangt de hoogte van de uitkering af van het uitkeringspercentage dat voor het betreffende lichaamsdeel of orgaan geldt. We vermenigvuldigen dit percentage met het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit. Het bedrag dat daaruit komt, is de uitkering. U vindt het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit op uw polisblad. De uitkeringspercentages vindt u verderop in dit artikel.

Gedeeltelijk (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan

Mist de verzekerde door het ongeval een gedeelte van een lichaamsdeel of orgaan? Of is de functie van het lichaamsdeel of orgaan gedeeltelijk verloren gegaan? Dan drukken we de mate van het verlies of functieverlies uit in een percentage. Dit percentage vermenigvuldigen we met het bedrag dat de verzekerde zou ontvangen bij

volledig verlies of functieverlies van het betreffende lichaamsdeel of orgaan. Het bedrag dat daaruit komt, is de uitkering.

Uitkeringspercentages

In de tabel hierna vindt u de uitkeringspercentages per lichaamsdeel of orgaan. Is er sprake van verlies of functieverlies van een lichaamsdeel of orgaan dat niet in de tabel staat? Dan kijken we in welke mate het letsel blijvend verlies of functieverlies tot gevolg heeft voor het lichaam als geheel. Dit percentage vermenigvuldigen we met het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit.

Lichaamsdeel/aandoening	Uitkeringspercentage
Volledige blindheid of verlies van twee ogen	100%
Blindheid of verlies van één oog (het andere oog is niet beschadigd)	35%
Blindheid of verlies van één oog (voor de volledige blindheid van het andere oog hebben we al eerder een uitkering gegeven)	65%
Volledige doofheid aan twee oren	60%
Doofheid van één oor (het andere oor is niet beschadigd)	25%
Doofheid van één oor (voor de volledige doofheid van het andere oor hebben we al eerder een uitkering gegeven)	35%
Beide armen	100%
Beide benen	100%
Eén arm tot en met het schoudergewricht	75%
Eén onderarm tot en met het ellebooggewricht	70%
Eén hand	60%
Eén duim	25%
Eén wijsvinger	15%
Eén middelvinger	12,5%
Eén ringvinger of pink	10%
Meer vingers aan één hand	De opgetelde percentages per vinger, maar in totaal nooit meer dan 60%
Eén been tot en met het heupgewricht	75%
Eén onderbeen tot en met het kniegewricht	50%
Eén voet	50%
Alle tenen van een voet	15%
Eén grote teen	5%
Eén andere teen dan de grote teen	3%
Meer tenen aan één voet	De opgetelde percentages per teen, maar in totaal nooit meer dan 15%
Milt	3%

Bepaling van de mate van het (functie)verlies

Als we de mate van het verlies of het functieverlies bepalen houden we rekening met:

- verergering van het letsel als gevolg van de eerstehulpverlening;
- verergering van het letsel als gevolg van een geneeskundige behandeling, door of op voorschrift van een arts. Daarbij maakt het niet uit of deze behandeling verband hield met het ongeval of niet;
- verergering van het letsel door infectie of bloedvergiftiging als gevolg van het binnendringen van ziektekiemen in het letsel;
- inwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen die ervoor zorgen dat er minder functieverlies optreedt.

Als we de mate van het verlies of functieverlies bepalen, houden we géén rekening met:

- verergering van het letsel als gevolg van bestaande ziektes of aandoeningen;
- verergering van een bestaande ziekte of aandoening;
- kunst- of hulpmiddelen die na het ongeval uitwendig zijn geplaatst;
- het beroep van de verzekerde.

Bestaande invaliditeit

Was de verzekerde voor het ongeval al gedeeltelijk invalide? En is deze invaliditeit door het ongeval verergerd? Dan berekenen we de uitkering door het percentage van blijvende invaliditeit voor en na het ongeval vast te

stellen. Het eerste percentage trekken we af van het laatste percentage. Het verschil vermenigvuldigen we met het verzekerde bedrag.

Maximale uitkering

Heeft de verzekerde meer letsels opgelopen door één ongeval? Of heeft hij tijdens de looptijd van de verzekering meer ongevallen gehad waarvoor hij recht had op een uitkering? Dan keren we in totaal nooit meer uit dan het volledige verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit.

12.5 Wanneer stellen we de mate van blijvende invaliditeit vast?

We stellen de mate van blijvende invaliditeit vast op het moment dat er geen verbetering of verslechtering van het letsel meer te verwachten valt. Is er twee jaar na het ongeval nog geen sprake van een eindtoestand in het genezingsproces? Dan stellen we de mate van blijvende invaliditeit op dat moment toch definitief vast.

Rente

Hebben we 180 dagen na het ongeval nog geen uitkering betaald, omdat we de mate van blijvende invaliditeit nog niet hebben kunnen vaststellen? Dan berekenen we vanaf de 181e dag na het ongeval rente over de uitkering. Deze rente betalen we gelijk met de uitkering uit. Hierbij gaan we uit van de wettelijke rente voor niet-handelstransacties.

Voorschot

Weten we dat er recht is op een uitkering, maar weten we nog niet hoe hoog deze moet zijn, omdat het letsel nog kan verbeteren of verslechteren? Dan betalen we een voorschot op de uitkering. Dit voorschot trekken we af van de uitkering die we uiteindelijk betalen.

Uitkering na overlijden

Overlijdt de verzekerde voordat we de mate van zijn blijvende invaliditeit hebben kunnen vaststellen? En is het overlijden geen gevolg van het ongeval? Dan stellen we de mate van blijvende invaliditeit vast op basis van de gegevens die op dat moment beschikbaar zijn.

12.6 Wanneer en aan wie betalen we de uitkering?

We betalen de uitkering nadat we het recht op de uitkering en de hoogte ervan hebben bepaald.

We betalen de uitkering aan u. Bent uzelf de verzekerde? Dan betalen we de uitkering bij overlijden aan uw nabestaanden. Daarbij houden we deze volgorde aan:

- de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde, de geregistreerde partner of degene met wie de verzekerde duurzaam samenleeft;
- als de verzekerde op het moment van overlijden niet getrouwd was of duurzaam samenwoonde: de wettelijke erfgenamen van de verzekerde met uitzondering van de Staat der Nederlanden.

Als we de uitkering betalen aan de nabestaanden, dan houden we hierop de wettelijk verplichte inhoudingen in.

12.7 Wanneer is er geen recht op een uitkering?

In de volgende gevallen is geen sprake van letsel door een ongeval. Daarom geven we geen uitkering voor de volgende aandoeningen:

- een ingewandsbreuk (waaronder liesbreuk);
- spit (lumbago);
- een uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi);
- een krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans);
- periartritis humeroscapularis (PHS);
- een tennisarm (epicondylitis lateralis);
- een golfersarm (epicondylitis medialis);
- psychische aandoeningen, van welke aard dan ook, behalve als deze – medisch aantoonbaar – het rechtstreekse gevolg zijn van hersenletsel dat door het ongeval is ontstaan;
- hiv-besmetting of hepatitis B-besmetting, ongeacht de oorzaak van de besmetting.

Daarnaast bestaat er geen recht op een uitkering als er sprake is van een van de uitsluitingen zoals aangegeven is in hoofdstuk 7.

12.8 Wanneer geeft u een ongeval van de verzekerde aan ons door?

Heeft de verzekerde een ongeval gehad, dan geeft u dat zo snel mogelijk aan ons door.

- Is de verzekerde door het ongeval overleden? Dan moeten we de melding 48 uur voor de begrafenis of crematie hebben ontvangen.
- Is er mogelijk sprake van blijvende invaliditeit als gevolg van het ongeval? Dan moeten we de melding uiterlijk 90 dagen na het ongeval hebben ontvangen.

12.9 Wat zijn de gevolgen als u het ongeval niet op tijd doorgeeft?

Ontvangen we de informatie over het ongeval niet op tijd en kunnen we daardoor niet vaststellen of het overlijden of de blijvende invaliditeit het gevolg is van het ongeval of een gebeurtenis die we ook als ongeval beschouwen? Dan keren we niet uit.

Ontvangen we de melding van het ongeval pas na drie jaar, dan bestaat er geen recht op een uitkering.

12.10 Welke informatie geeft de verzekerde (of geven zijn nabestaanden) aan ons door?

Als we daarom vragen, geeft de verzekerde (of geven zijn nabestaanden) ons alle informatie die nodig is om te beoordelen of er recht is op een uitkering en om de hoogte ervan te bepalen. De verzekerde machtigt zo nodig de behandelend arts(en) om ons medische informatie te geven.

12.11 Wat zijn de gevolgen als we de informatie niet (op tijd) ontvangen?

Ontvangen we de gevraagde informatie niet (op tijd) van de verzekerde (of zijn nabestaanden)? En is de benodigde informatie niet op een andere manier te verkrijgen? Dan is er geen recht op een uitkering.

12.12 Wat moet de verzekerde na een ongeval doen?

Na een ongeval laat de verzekerde zich medisch behandelen en volgt hij de adviezen van de behandelend arts(en) op. Daarnaast kunnen we hem vragen zich te laten onderzoeken door een arts die we zelf hebben aangewezen.

12.13 Wat zijn de gevolgen als de verzekerde zich niet aan deze verplichtingen houdt?

Als de verzekerde zich niet aan de verplichtingen in paragraaf 11.12 houdt, kunnen we de uitkering weigeren.

13 Amersfoortse Extra – Rechtsbijstand

13.1 Wanneer bestaat er recht op rechtsbijstand?

U hebt recht op rechtsbijstand als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden door schuld van iemand anders. En die persoon is daarvoor wettelijk aansprakelijk.
- U krijgt een uitkering van ons omdat de verzekerde arbeidsongeschikt is. Of als u nog geen uitkering krijgt, omdat het eigen risico nog niet voorbij is.

De rechtsbijstand wordt verleend om de schade die de verzekerde heeft geleden van de daarvoor wettelijk aansprakelijke persoon terug te krijgen.

13.2 Wanneer verlenen we geen rechtsbijstand?

We verlenen geen rechtsbijstand als:

- de verzekerde de schade al vergoed krijgt uit een andere verzekering of wettelijke regeling;
- de verzekerde recht heeft op rechtsbijstand uit een andere verzekering. Het maakt niet uit of die andere verzekering eerder of later gesloten is dan deze verzekering;
- de schuldige persoon niet in Nederland, België of Luxemburg woont.

13.3 Hoe maakt u aanspraak op de rechtsbijstandverzekering?

U meldt ons binnen 14 dagen dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden. We hebben nodig:

- alle gegevens die op de toedracht van de arbeidsongeschiktheid betrekking hebben;
- alle gegevens die op de omvang van de schade betrekking hebben.

13.4 Welke kosten van rechtsbijstand vergoeden we?

We vergoeden de volgende kosten van rechtsbijstand:

- kosten van advocaat of procureur;
- kosten van scheidslieden;
- kosten van de deurwaarder;
- kosten van verkeers- en andere deskundigen;

- de gerechtskosten en geliquideerde kosten.

We vergoeden deze kosten tot maximaal tot €7.500 exclusief BTW per gebeurtenis.

Als u recht hebt op rechtsbijstand, dan mag de verzekerde de behartiging van zijn belangen toevertrouwen aan een advocaat of een andere rechtens bevoegde deskundige naar keuze.

14 De Amersfoortse Extra – Hulpverlening buitenland

14.1 Wanneer kan de verzekerde een beroep doen op hulpverlening in het buitenland?

Een verzekerde kan in de volgende gevallen voor hulpverlening een beroep doen op de Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International in Amsterdam:

- als de verzekerde in het buitenland verblijft en plotseling ernstig ziek wordt;
- als de verzekerde in het buitenland een ernstig letsel door een ongeval oploopt;
- als de verzekerde in het buitenland overlijdt.

14.2 Hoe maakt de verzekerde gebruik van hulpverlening in het buitenland door SOS International?

Als de verzekerde gebruik wil maken van hulpverlening in het buitenland, dan neemt hij contact op met SOS International. SOS beslist bij hulpverlening in het buitenland:

- of het noodzakelijk is om naar Nederland terug te keren;
- of het noodzakelijk is om per ambulance naar Nederland terug te keren bij ernstige ziekte of bij een ongeval;
- of het noodzakelijk is om per ambulancevliegtuig naar Nederland terug te keren om het leven van de verzekerde te redden of arbeidsongeschiktheid te voorkomen of te verminderen.
- op welke wijze bij overlijden vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland moet plaatsvinden.

Als SOS International informatie bij de arts van de verzekerde wil opvragen, moet de verzekerde die arts toestemming geven om informatie te geven. SOS International stelt alleen vragen om te beoordelen:

- of het vervoer noodzakelijk en verantwoord is;
- welke wijze van vervoer noodzakelijk is;
- welke vorm van medische begeleiding noodzakelijk is.

14.3 Welke kosten van hulpverlening in het buitenland vergoeden we?

We vergoeden de noodzakelijke vervoerskosten. SOS International moet toestemming hebben gegeven voor dat vervoer. Bij overlijden van de verzekerde vergoeden we ook de kosten van de voor het vervoer noodzakelijke kist.

14.4 Welke kosten van hulpverlening in het buitenland vergoeden we niet?

We vergoeden de volgende kosten niet:

- Kosten die op een andere verzekering of vergoedingsregeling verhaald kunnen worden. Het maakt niet uit of die andere verzekering eerder of later gesloten is dan deze verzekering.
- Als de verzekerde naar het buitenland is gegaan voor een medische behandeling en we hebben daar geen toestemming voor gegeven.

15 Fraude

15.1 Wat verstaan we onder fraude?

We zien fraude als 'het doelbewust benadelen van de verzekeraar ten voordele van de fraudeur of een derde persoon'. Bij fraude wil een klant proberen een vergoeding of uitkering te krijgen waarop hij geen recht heeft. Voorbeelden van fraude zijn het opzettelijk ons niet eerlijk informeren of meer declareren dan de daadwerkelijke schade.

15.2 Wat doen we als we fraude vermoeden?

Als we vermoeden dat er sprake is van fraude, stellen we een onderzoek in. Als er sprake is van fraude, nemen we de volgende maatregelen:

- U ontvangt geen vergoeding of uitkering meer en we vorderen de al uitgekeerde bedragen terug. Daarnaast verlenen we geen diensten meer.

- We zeggen uw verzekering op. We beëindigen ook andere verzekeringen die u bij ons en bij andere werkmaatschappijen van a.s.r. heeft afgesloten, ook als u daar niet hebt gefraudeerd.
- U kunt in de toekomst geen andere verzekeringen bij ons afsluiten.
- We melden de fraude aan de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), een stichting die verzekeringsgegevens bewaart voor verzekeringsmaatschappijen. Het CIS houdt een incidentenregister bij. Andere verzekeraars in Nederland raadplegen dit register.
- We melden het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars dat u opgenomen bent in het incidentenregister.
- We doen aangifte bij de politie.

16 Persoonsgegevens

16.1 Waar sturen we onze berichten naartoe?

Als we u willen informeren over de verzekering sturen we een brief of e-mail naar u of uw verzekeringsadviseur.

16.2 Waarvoor gebruiken we persoonsgegevens?

U hebt ons allerlei gegevens gestuurd over uzelf en de verzekerde. We gaan zorgvuldig met deze gegevens om. Dat betekent dat we ze alleen gebruiken om:

- verzekering af te sluiten en uit te voeren;
- andere financiële diensten uit te voeren, bijvoorbeeld als we uw gegevens doorgeven aan een incassobureau;
- u en de verzekerde te ondersteunen bij re-integratie;
- marketingactiviteiten uit te voeren;
- statistische analyses uit te voeren;
- te voldoen aan onze wettelijke verplichtingen, bijvoorbeeld door persoonsgegevens aan de Belastingdienst door te geven;
- fraude te voorkomen en te bestrijden.

Ons volledige privacystatement leest u op www.amersfoortse.nl.

16.3 Wie gebruiken de (persoons)gegevens?

De persoonsgegevens en eventueel andere gegevens worden verwerkt door:

- De Amersfoortse en/of
- een of meer rechtspersonen die tot onze groep behoren.

De verantwoordelijkheid voor het gebruik ligt bij ASR Nederland N.V.

16.4 Volgens welke wetten en gedragscodes werken we?

Als we de persoonsgegevens verwerken en gebruiken houden we ons aan:

- de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp);
- de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen.

In deze wet en gedragscode staat wat onze rechten en plichten zijn als we persoonsgegevens verwerken. De volledige tekst van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen vindt u op de website van het Verbond van Verzekeraars (www.verzekeraars.nl). Het adres van het Verbond van Verzekeraars is:

Verbond van Verzekeraars
Postbus 93450
2509 AL Den Haag
Telefoon: (070) 333 85 00

We kunnen uw gegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS). Deze stichting verwerkt persoonsgegevens om voor verzekeraars risico's te beheren en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie: www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook haar privacyreglement. Het adres van de Stichting CIS is:

CIS
Bordewijklaan 2
2591 XR Den Haag
Telefoon: (070) 333 85 11

17 Klachten

Hebt u een klacht over de uitvoering van uw verzekering of over de dienstverlening? Dan kunt u de volgende stappen nemen:

U neemt contact op met uw verzekeringsadviseur

Vraag eerst uw verzekeringsadviseur om advies. Als het nodig is, zoekt deze in overleg met ons een passende oplossing.

U dient een klacht in bij de klachtenservice van De Amersfoortse

Heeft het overleg met uw verzekeringsadviseur en/of de direct betrokkenen bij De Amersfoortse geen bevredigend resultaat opgeleverd? Dan kunt u een klacht indienen bij De Amersfoortse:

Afdeling Klachtenservice
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

U kunt ook een klachtenformulier invullen. Dat staat op onze website: www.amersfoortse.nl.

U dient een klacht in bij de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD)

Heeft uw klachtbehandeling bij De Amersfoortse geen bevredigend resultaat opgeleverd? Dan kunt u uw klacht binnen drie maanden indienen bij de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD):

Postbus 93257
2509 AG Den Haag
www.kifid.nl

U gaat naar de rechter

Wilt u geen gebruik maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de (civiele) rechter.

18 Recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Bijlage 1 Juridische beschrijving van definities van molest

Gewapend conflict: Onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een vredesmacht der Verenigde Naties.

Burgeroorlog: Onder burgeroorlog wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.

Opstand: Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.

Binnenlandse onlusten: Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.

Oproer: Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.

Muiterij: Onder muiterij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Bijlage 2 Clausule terrorismedekking

Deze clausule is altijd van toepassing en wordt niet apart vermeld op de polis. Dit zijn de polisvoorwaarden van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) voor de verzekering van het terrorismerisico.

1. Begripsomschrijvingen

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

1.1 Terrorisme:

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

1.2 Kwaadwillige besmetting:

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

1.3 Preventieve maatregelen:

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

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

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

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

- 1.5.1 Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder 'staat waar het risico is gelegen' van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- 1.5.2 Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- 1.5.3 Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

- 2.1** Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen;
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico',
- geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een blad 15 model 26 22 010 071 verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.
- 2.2** De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.
- 2.3** In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,
- dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3 Uitkeringsprotocol NHT

- 3.1** Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- 3.2** De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

- 3.3** Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
- 3.4** De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Bijlage 3 Clausules

De volgende clausules zijn alleen van toepassing als het clausulenummer op het polisblad staat vermeld.

Clausule 41 combitarief

Op deze verzekering is het gecombineerde tarief van toepassing. De premieverhogingen als gevolg van dit tarief zijn geen reden om de verzekering te beëindigen. Een tabel met het premieverloop voor de komende jaren wordt op verzoek verstrekt.

Clausule 63 3% klimmende uitkering

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met 3%. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.

Clausule 73 4% klimmende uitkering

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met 4%. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.

Clausule 102 geïndexeerde uitkeringen

Als de verzekerde een uitkering krijgt op grond van het na-eerstejaarsrisico (rubriek B), dan worden de verzekerde bedragen jaarlijks verhoogd met het indexcijfer CAO-lonen per maand inclusief bijzondere beloningen, zoals beschreven in de polisvoorwaarden. De verhoging zal niet meer bedragen dan 4% per jaar. Deze verhoging vindt ieder jaar plaats op de ingangsdatum van de verzekering.