

Algemene Voorwaarden VLC 2011-1 Collectieve verzekering van arbeidsongeschiktheidspensioenen V25

Inhoudsopgave

Artikel 1	Definities
Artikel 2	Algemeen
Artikel 3	Mededelingsplicht en gevolgen
Artikel 4	Aanbieding en aanvaarding van het arbeidsongeschiktheidsrisico
Artikel 5	Aanvang van het risico en duur van de dekking
Artikel 6	Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie
Artikel 7	Premiebetaling
Artikel 8	Opgaven en inlichtingen
Artikel 9	Risicowijzigingen
Artikel 10	Uitsluitingen
Artikel 11	Terrorismerisico
Artikel 12	Aanmelding van schade
Artikel 13	Schade-erkenning
Artikel 14	Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid
Artikel 15	Uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen
Artikel 16	Vergoeding van de kosten van re-integratie
Artikel 17	Samenloop
Artikel 18	Regres
Artikel 19	Duur van de overeenkomst
Artikel 20	Uitkering na beëindiging van de overeenkomst (uitloop)
Artikel 21	Herziening tarieven en voorwaarden
Artikel 22	Valuta en het van toepassing zijnde recht
Artikel 23	Bescherming van persoonsgegevens
Artikel 24	Geschillen
Artikel 25	Klachten
Artikel 26	Opzegbaarheid door verzekeraar

Voor de leesbaarheid wordt in deze voorwaarden gesproken over “de deelnemer”, “hij”, “zijn” en “hem”, alwaar een mannelijke of vrouwelijke deelnemer wordt bedoeld.

Artikel 1 Definities

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeraar:

Elips Life AG, gevestigd te Vaduz en kantoorhoudend te Amstelveen.
Chabot Assuradeuren B.V. treedt op als gevolmachtigde van de verzekeraar.

1.2 Verzekeringnemer:

de op het verzekeringsbewijs onder "verzekeringnemer" vermelde rechtspersoon of natuurlijke persoon, waarmee de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.3 de Stichting:

Vervallen.

1.4 Deelnemer:

de via de Stichting aangemelde persoon op wiens leven de verzekering is gesloten.

1.5 Inkomen:

Als de deelnemer DGA, vennoot of lid van maatschap is, wordt onder inkomen verstaan:
Het verworven jaarlijkse inkomen als DGA, vennoot of lid van de maatschap, inclusief het aandeel in de maatschapswinst dat aan de deelnemer of zijn praktijkvennootschap toekomt of de management fee die in rekening is gebracht en het eventuele dividend op het aandeel. Indien een deelnemer nog geen 3 jaren in zijn beroep werkzaam is, wordt voor het bepalen van het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 jaren ervan uitgegaan dat het inkomen van betrokkene de afgelopen jaren niet is gewijzigd.

Als de deelnemer een zelfstandig gevestigde beroepsuitoefenaar is, wordt onder inkomen verstaan:
Het verworven jaarlijkse inkomen uit hoofde van de zelfstandige uitoefening van het beroep dat is vermeld op het verzekeringsbewijs. Indien een deelnemer nog geen 3 jaren als zelfstandige werkzaam is, wordt voor het bepalen van het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 jaren ervan uitgegaan dat het inkomen van betrokkene de afgelopen jaren niet is gewijzigd.

1.6 Arbeidsongeschiktheid:

van arbeidsongeschiktheid onder deze overeenkomst is uitsluitend sprake indien en voor zolang er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de deelnemer beperkt is in zijn functioneren. Stoornissen waarvoor geen medisch oorzakelijke factor kan worden aangetoond of aannemelijk gemaakt, worden beschouwd als niet objectief medisch vast te stellen.

Onverminderd het hiervoor bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht indien de deelnemer voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het verzekeringsbewijs omschreven beroep binnen de op het verzekeringsbewijs vermelde onderneming dan wel een gelijksoortige onderneming. Aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken. Geen rekening wordt gehouden met eventuele verminderde gelegenheid tot het verrichten van de genoemde werkzaamheden.

1.7 Wachtijd:

de aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid als vermeld op het verzekeringsbewijs die ten minste verstreken dient te zijn alvorens aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze overeenkomst.

Bij het toepassen van de wachtijd worden perioden van arbeidsongeschiktheid welke voortvloeien uit één en dezelfde oorzaak samengeteld indien deze perioden elkaar met een onderbreking van minder dan 30 dagen opvolgen.

1.8 Arbeidsongeschiktheidspensioen:

de binnen de strekking van de onderhavige overeenkomst vallende en op het verzekeringsbewijs omschreven aanspraak op een periodieke uitkering bij derving van inkomen indien bij de betrokken deelnemer langdurige arbeidsongeschiktheid ontstaat.

1.9 Obligo:

het absolute maximale bedrag dat de verzekeraar verplicht is te aanvaarden, met inachtneming van de in deze overeenkomst neergelegde voorwaarden. Hierbij wordt mede in aanmerking genomen een op het leven van de betrokken deelnemer in verband met diens arbeidsongeschiktheidsrisico in dekking gegeven bedrag krachtens een overeenkomst tussen de verzekeringnemer dan wel de deelnemer en een andere verzekeraar.

Het obligo bedraagt ten hoogste 70% van het gemiddelde inkomen van de deelnemer over de afgelopen 3 jaren.

1.10 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid:

De dag waarop de deelnemer wegens arbeidsongeschiktheid zich onder behandeling heeft gesteld van een bevoegd arts.

Artikel 2 Algemeen

2.1 Deze verzekering heeft tot doel een periodieke arbeidsongeschiktheidsuitkering te verlenen bij derving van inkomen door de deelnemer ten gevolge van het intreden van langdurige arbeidsongeschiktheid.

2.2 De verzekering heeft eveneens tot doel de deelnemer bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met inachtneming van het gestelde in artikel 16 "Vergoeding van de kosten van re-integratie".

2.3 De onder deze overeenkomst verzekerde aanspraken zijn nader omschreven op het verzekeringsbewijs.

2.4 De op het verzekeringsbewijs en eventuele aangehechte Bijzondere Voorwaarden opgenomen bepalingen hebben voorrang boven het gestelde in deze Algemene Voorwaarden.

2.5 Met deze overeenkomst komen alle voorafgaande mondelinge en schriftelijke afspraken die in het kader van deze overeenkomst tussen partijen zijn gemaakt te vervallen, tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen.

2.6 Generlei toevoeging aan of wijziging van de verzekeringsovereenkomst kan tegenover de verzekeraar worden ingeroepen, voordat deze door hem schriftelijk aan de verzekeringnemer is bevestigd.

2.7 Deze overeenkomst beantwoordt aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7:925 BW, indien en voor zover de schade op vergoeding waarvan aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor een deelnemer schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

Artikel 3 Mededelingsplicht en gevolgen

3.1 De verzekeringen zijn gegrond op de daartoe door of namens de verzekeringnemer en/of door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte gegevens. De verzekeringnemer en/of de deelnemer zijn verplicht vóór het aangaan van een verzekering aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die zij kennen of behoren te kennen. Het gaat hier om de feiten waarvan, naar zij weten of behoren te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen of, en zo ja op welke voorwaarden, hij de verzekering zou willen sluiten. Deze mededelingsplicht betreft geen feiten waarover ingevolge wettelijke bepalingen geen vragen mogen worden gesteld.

3.2 Indien de verzekeraar ontdekt dat niet aan de in lid 1 omschreven mededelingsplicht is voldaan, zal hij de verzekeringnemer hierover binnen 2 maanden na deze ontdekking schriftelijk informeren onder vermelding van de eventuele gevolgen.

3.3 Met uitzondering van de in lid 4 bedoelde situatie heeft de verzekeringnemer in het in lid 2 bedoelde geval de mogelijkheid om:

- de verzekeringsovereenkomst voort te zetten en de aangekondigde gevolgen voor zijn rekening te nemen;
- in overleg te treden met de verzekeraar om de overeenkomst te wijzigen;
- de verzekeringsovereenkomst op te zeggen, met dien verstande dat de verzekeringnemer de opzegging kan beperken tot de deelnemer op wiens leven de bewuste verzekering was gesloten.

3.4 Indien de verzekeringnemer of de deelnemer heeft gehandeld met de opzet de verzekeraar te misleiden en indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet zou zijn aangegaan, kan de verzekeraar deze overeenkomst binnen 2 maanden na ontdekking van de misleiding met directe ingang opzeggen.

3.5 Indien de verzekeringnemer en/of de deelnemer niet aan hun mededelingsplicht hebben voldaan, gelden de volgende bepalingen met betrekking tot de uitkering:

- de uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist vermelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt;
- de uitkering wordt gekort naar evenredigheid indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen;
- indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, vindt de uitkering slechts plaats als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen;
- geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
- geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar opzettelijk is misleid.

Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van het arbeidsongeschiktheidsrisico

4.1 De verzekeringnemer verplicht zich het op het verzekeringsbewijs omschreven arbeidsongeschiktheidsrisico ter verzekering aan de verzekeraar aan te bieden, waartegenover laatstgenoemde zich verbindt dit te aanvaarden tegen de in deze overeenkomst opgenomen voorwaarden. De verplichting tot aanbieding en aanvaarding uit hoofde van dit artikel is voor beide zijden beperkt tot het overeengekomen obligo als vermeld op het verzekeringsbewijs.

4.2 Tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders overeengekomen, wordt het arbeidsongeschiktheidsrisico of de uitbreiding van het bestaande risico, alvorens acceptatie kan plaatsvinden, door de verzekeraar beoordeeld op basis van medische gegevens die ten genoegen van laatstgenoemde dienen te worden verstrekt. In beginsel geschiedt de acceptatie dan op basis van een door de betrokkene zelf in te vullen gezondheidsverklaring. Indien het te verzekeren jaarlijkse arbeidsongeschiktheidspensioen het

bedrag van € 50.000,= te boven gaat, wordt het risico echter beoordeeld aan de hand van het rapport van een internistische keuring.

Bij aanmelding vanaf leeftijd 50 geschiedt de acceptatie op basis van een internistische keuring indien het te verzekeren jaarlijkse arbeidsongeschiktheidspensioen het bedrag van € 37.000,= te boven gaat.

Indien door een verhoging van het verzekerde bedrag waarvoor medische waarborgen zijn vereist één van de bovenstaande grenzen wordt overschreden, dient de bij het hogere bedrag genoemde waarborg te worden geleverd.

4.3 Indien de acceptatie op grond van het voorgaande op basis van medische gegevens plaatsvindt, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- de verzekeraar heeft het recht een aanvullend medisch onderzoek en/of inlichtingen bij de behandelend arts en/of specialist te vragen, indien zulks door de medisch adviseur van de verzekeraar voor een gefundeerde beoordeling van het risico noodzakelijk wordt geacht;
- de verzekeraar is bevoegd op medische gronden een verhoogde premie in rekening te brengen, oorzaken van arbeidsongeschiktheid van de dekking uit te sluiten, de duur van de dekking te bekorten of de acceptatie van de betrokkene te weigeren;
- de kosten verbonden aan een medische keuring en/of aanvullend medisch onderzoek, komen voor rekening van de verzekeraar.

4.4 In het geval dat de acceptatie van de onderhavige verzekering op basis van medische gegevens heeft plaatsgevonden, is verhoging van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen één keer per jaar mogelijk zonder nieuwe medische gegevens, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en
- b) de verhoging is het gevolg van een toename in het inkomen van de deelnemer en het verhogingsbedrag is maximaal 10% van het arbeidsongeschiktheidspensioen dat al verzekerd is; en
- c) de deelnemer is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- d) de deelnemer is maximaal 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest in de periode van 6 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag.

Clausules en/of premietoeslag die vermeld zijn op het laatst afgegeven verzekeringsbewijs zullen ook van toepassing zijn op de verhoging.

4.5 In het geval dat de acceptatie van de onderhavige verzekering niet op basis van medische gegevens heeft plaatsgevonden, is verhoging van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen één keer per jaar mogelijk zonder nieuwe medische gegevens, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en
- b) de deelnemer is jonger dan 55 jaar op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- c) de verhoging is het gevolg van een toename in het inkomen van de deelnemer en het verhogingsbedrag is maximaal 10% van het arbeidsongeschiktheidspensioen dat al verzekerd is; en
- d) de deelnemer is op het moment van de verhogingsaanvraag niet onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener; en
- e) de deelnemer was niet langer dan 2 weken onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag; en
- f) de deelnemer is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- g) de deelnemer is maximaal 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag.

Clausules en/of premietoeslag die vermeld zijn op het laatst afgegeven verzekeringsbewijs zullen ook van toepassing zijn op de verhoging.

4.6 Het door de verzekeraar accepteren van een verzekeringspremie voor een risico dat niet onder de strekking van deze overeenkomst valt, dan wel voor een risico dat niet in overeenstemming met de voorwaarden van deze overeenkomst is geaccepteerd, geeft ten aanzien van deze risico's onder geen enkele omstandigheid recht op een aanspraak op de verzekeraar anders dan de restitutie van de voor deze risico's door de verzekeraar ontvangen verzekeringspremie, noch verplicht het de verzekeringnemer dergelijke risico's onder deze overeenkomst ter verzekering aan te bieden.

Artikel 5 Aanvang van het risico en duur van de dekking

5.1 Indien (een uitbreiding van) een risico automatisch en op normale voorwaarden kan worden aanvaard, vangt de verzekering en (de uitbreiding van) het daaruit voortvloeiende risico voor de verzekeraar aan op de dag waarop het risico ontstaat of toeneemt, met dien verstande dat de verzekering slechts in werking treedt indien de deelnemer op het desbetreffende moment volledig arbeidsgeschikt is en voor zover betrokkene daadwerkelijk zijn overeengekomen werkzaamheden uitvoert. Arbeidsongeschiktheid welke terug te voeren valt op een in de 30 dagen vóór de aanvang van de verzekering reeds bestaande ziekte welke tot onderbreking van de werkzaamheden heeft geleid, valt niet onder de dekking.

5.2 Indien een deelnemer op het moment waarop het risico onder deze overeenkomst ontstaat niet volledig arbeidsgeschikt is kan de dekking slechts betrekking hebben op de resterende verdien capaciteit van de betrokkene, voor zover deze daadwerkelijk wordt benut.

5.3 De verzekeraar is eerst aansprakelijk vanaf de dag waarop hij de verzekeringnemer schriftelijk opgave doet van de voorwaarden waarop het risico kan worden aanvaard.

5.4 Gedurende de looptijd van deze overeenkomst wordt de verzekering telkens voor de duur van één kalenderjaar gesloten. Ze wordt per 1 januari van enig jaar automatisch verlengd op basis van de op 1 januari van het desbetreffende jaar op het verzekeringsbewijs omschreven aanspraken op arbeidsongeschiktheidspensioen, een en ander met inachtneming van het in artikel 4 bepaalde.

5.5 Indien een risico op een andere datum dan 1 januari aanvangt, loopt de dekking voor de resterende duur van het desbetreffende kalenderjaar.

5.6 De aansprakelijkheid van de verzekeraar met betrekking tot het arbeidsongeschiktheidsrisico van de deelnemer eindigt zodra één van de volgende situaties zich voordoet:

- a) de deelnemer houdt - anders dan door arbeidsongeschiktheid - op het op het verzekeringsbewijs omschreven beroep binnen de op het verzekeringsbewijs vermelde onderneming uit te oefenen;
- b) de deelnemer gaat met (vervroegd) pensioen;
- c) de deelnemer bereikt de op het verzekeringsbewijs vermelde eindleeftijd;
- d) de deelnemer overlijdt;
- e) de overeenkomst tussen de verzekeraar en de verzekeringnemer wordt beëindigd (met inachtneming van het in artikel 20 bepaalde).

5.7 De verzekeraar is tot niet meer aansprakelijk dan hetgeen is verzekerd.

5.8 De verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten van de verzekeringnemer in verband met buitencontractuele aansprakelijkheid. Tot buitencontractuele kosten behoren schadevergoeding en boete opgelegd in een civiel- of strafrechtelijke procedure. De verplichting tot bijdrage in de buitencontractuele kosten bestaat echter wel indien de verzekeraar opdracht of toestemming heeft gegeven tot het handelen of nalaten dat tot deze kosten heeft geleid, of dit handelen of nalaten nadien schriftelijk heeft bekrachtigd. In deze gevallen zal de verzekeraar in overeenstemming met zijn aansprakelijkheid bijdragen in de kosten in verband met buitencontractuele aansprakelijkheid.

Artikel 6 Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie

6.1 De verschuldigde premie wordt berekend aan de hand van het overeengekomen premietarief, met inachtneming van de eventueel op medische gronden gestelde voorwaarden. De premie wordt op de aanvangsdatum van de verzekering bepaald op basis van de leeftijd van de deelnemer op dat moment en vervolgens wordt de premie jaarlijks op 1 januari vastgesteld naar de dan door de deelnemer bereikte leeftijd, wederom met inachtneming van de eventueel op medische gronden vastgestelde voorwaarden. De leeftijd wordt telkens in hele jaren vastgesteld.

6.2 De premie voor in de loop van enig kalenderjaar optredende mutaties wordt naar tijdsevenredigheid berekend. Onder mutatie wordt hierbij eveneens verstaan het ingaan van (een gedeelte van) het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen of het (gedeeltelijk) staken van een uitkering.

6.3 Voor een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte deelnemer voor wie een verzoek tot uitkering van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen is ingediend, is de volledige verzekeringspremie verschuldigd tot de ingangsdatum van de uitkering. Vanaf deze ingangsdatum is geen premie meer verschuldigd over (het deel van) het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen dat wordt uitgekeerd.

6.4 Voor een deelnemer die in de loop van het desbetreffende kalenderjaar de leeftijd bereikt op grond waarvan met inachtneming van de overeengekomen wachttijd geen uitkering uit hoofde van deze overeenkomst meer zal kunnen plaatsvinden, is geen premie meer verschuldigd vanaf het moment van het bereiken van de bedoelde leeftijd.

Artikel 7 Premiebetaling

7.1 De verzekeringspremie is op 1 januari van ieder kalenderjaar bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer via de Stichting aan de verzekeraar verschuldigd.

7.2 De premie dient te zijn voldaan binnen 30 dagen na verzending van de nota. Indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet binnen de gestelde termijn voldoet, vervalt de dekking uit hoofde van deze overeenkomst. Alvorens de dekking te laten vervallen, zal de verzekeraar nog één aanmaning met een definitieve betalingstermijn van minimaal 14 dagen en een omschrijving van de gevolgen van niet tijdige betaling aan de verzekeringnemer toezenden. De verzekering zal zonder terugwerking weer in kracht worden hersteld vanaf het moment dat alle achterstallige verzekeringspremies door de verzekeraar zijn ontvangen. De verzekeraar behoudt zich echter het recht voor om niet tot herstel over te gaan, indien de gestelde betalingstermijn met meer dan 3 maanden is overschreden.

Indien deze overeenkomst wegens het niet voldoen aan de betalingsverplichtingen definitief beëindigd wordt, heeft de verzekeraar het recht op een vergoeding wegens gederfde inkomsten gedurende de resterende duur van de overeengekomen contractperiode. Deze vergoeding wordt door de verzekeraar op basis van algemeen aanvaarde uitgangspunten vastgesteld.

7.3 Indien over een vol jaar geheel geen risico door de verzekeraar is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft alsdan recht op een billijke vergoeding voor de te zijnen laste gekomen kosten.

Artikel 8 Opgaven en inlichtingen

8.1 De verzekeringnemer verstrekt op het eerste verzoek van de verzekeraar alle gewenste inlichtingen en bescheiden die naar het oordeel van de verzekeraar van belang zijn voor een juiste uitvoering van deze overeenkomst.

8.2 Bij aanvang van de verzekering verstrekt de deelnemer via de Stichting een opgave aan de verzekeraar waarin in ieder geval zijn vermeld:

1 de naam van de deelnemer, de verzekeringnemer en de begunstigde;

2 geboortedatum en geslacht van de deelnemer;

3 het inkomen gedurende de afgelopen 3 jaren;

4 het te verzekeren arbeidsongeschiktheidspensioen;
en, indien van toepassing

5 de overige in verband met zijn arbeidsongeschiktheidsrisico bij een andere verzekeraar in dekking gegeven bedragen.

Vervolgens verstrekt de deelnemer jaarlijks in januari via de Stichting een opgave aan de verzekeraar waarin de eventueel ten opzichte van het voorgaande jaar opgetreden wijzigingen worden gegeven.

8.3 Indien de aanvankelijke acceptatie van het arbeidsongeschiktheidsrisico plaatsvindt op basis van de bij een vorige verzekeraar gestelde condities, dient bij aanvang tevens een schriftelijk bewijs van deze condities te worden overgelegd.

8.4 Zolang voor beide partijen verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, staat de verzekeringnemer er voor in dat alle informatie en gegevens die aan de verzekeraar worden verstrekt ingevolge de bepalingen voortvloeiende uit het in dit artikel en de desbetreffende artikelen inzake schademelding en schadebehandeling gestelde, volledig, nauwkeurig, naar waarheid en niet misleidend zijn (door onachtzaamheid of anderszins) op het moment van verstrekking.

Artikel 9 Risicowijzigingen

9.1 De verzekeringnemer en/of de deelnemer stelt de verzekeraar onverwijld schriftelijk in kennis indien:

a) de deelnemer gedurende een periode van langer dan 6 maanden werkzaamheden buiten de Europese Unie gaat verrichten;

b) de deelnemer zijn op het verzekeringsbewijs omschreven beroep binnen de op het verzekeringsbewijs vermelde onderneming, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aard en/of de urenomvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan;

de verzekeraar heeft dan het recht de premies en de voorwaarden voor de verzekering ten behoeve van de deelnemer te herzien.

Artikel 10 Uitsluitingen

10.1 De verzekeraar zal geen uitkering verrichten indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd, hetzij direct, hetzij indirect door:

a) opzet of al dan niet bewuste roekeloosheid van de deelnemer; onder opzet van de deelnemer wordt mede verstaan poging tot zelfdoding;

b) deelname van de deelnemer aan enige niet-Nederlandse gewapende dienst;

c) één van de hieronder genoemde vormen van molest:

1 een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;

2 burgeroorlog, hier wordt onder 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;

3 opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;

4 binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;

5 oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;

6 muiterij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn;

d) atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan de kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

10.2 Er zal geen uitsluiting worden toegepast wanneer de deelnemer arbeidsongeschikt wordt tengevolge van één van de in artikel 10.1 onder c) genoemde situaties welke zich in een buiten Nederland gelegen gebied manifesteren, indien:

a) de deelnemer reeds vóór het ontstaan van deze situaties over of door dat gebied reist, respectievelijk in dat gebied verblijft in verband met de uitoefening van zijn beroep en niet in strijd handelt met de instructies van de Nederlandse of de plaatselijke overheid, én

b) de deelnemer door omstandigheden waarop hij geen invloed kan uitoefenen niet in staat is geweest het desbetreffende gebied te verlaten, dan wel het gebied te overvliegen.

Artikel 11 Terrorismerisico

11.1 Het terrorismerisico is herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden nv volgens het aan de overeenkomst gehechte clausuleblad terrorismedekking.

Artikel 12 Aanmelding van schade

12.1 De deelnemer stelt de verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is in kennis van iedere arbeidsongeschiktheid waaruit mogelijk een aanspraak op een uitkering uit hoofde van deze overeenkomst kan ontstaan onder vermelding van:

- de naam en de geboortedatum van de deelnemer;
- de datum van de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid van de deelnemer (met een schriftelijke bevestiging van die datum door de behandelend arts);
- de mate en de vermoedelijke oorzaak van de arbeidsongeschiktheid, en
- de hoogte van het voor de betrokkene geldende inkomen over de afgelopen 3 jaar waar het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen van wordt afgeleid.

12.2 Deze kennisgeving geschiedt uiterlijk op de laatste dag van de op het verzekeringsbewijs vermelde schademeldingstermijn, die aanvangt op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid van de betrokken deelnemer.

12.3 Na ontvangst van de kennisgeving verstrekt de verzekeraar de deelnemer een uitkerings-aanvraagformulier dat na invulling en ondertekening door de betrokken deelnemer aan de verzekeraar wordt geretourneerd.

Artikel 13 Schade-erkenning

13.1 De verzekeraar beoordeelt de mate van de arbeidsongeschiktheid aan de hand van het advies uitgebracht door de adviseurs van de verzekeraar en stelt de deelnemer in kennis van zijn beslissing.

13.2 Indien de adviseurs voor de beoordeling van de ontvangen aanvraag een medisch of arbeids-deskundig onderzoek noodzakelijk achten, zal de betrokken deelnemer zich door een door de verzekeraar aan te wijzen arts of andere deskundige laten onderzoeken. De verzekeraar is voorts gerechtigd een aanvullend medisch of arbeidsdeskundig onderzoek en/of op grond van een machtiging inlichtingen bij de huisarts en/of behandelend specialist te vragen, indien dit noodzakelijk wordt geacht voor een meer gefundeerde beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

13.3 Alle kosten verbonden aan het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid en aan hetzij de controle, hetzij een nieuw geneeskundig of arbeidsdeskundig onderzoek van de deelnemer, komen voor rekening van de verzekeraar, behoudens de reis- en verblijfskosten van de deelnemer.

Artikel 14 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

14.1 De arbeidsongeschikte deelnemer is verplicht:

- a) zich zo spoedig mogelijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen;
- b) al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen, om zijn arbeidsongeschiktheid te verminderen en om terug te keren in zijn beroepswerkzaamheden;
- c) alles na te laten wat zijn herstel en/of re-integratie kan vertragen of verhinderen;
- d) alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen de onderneming, die in redelijkheid van deelnemer kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid;
- e) alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens waaronder (op periodieke basis) inkomensgegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of de door hem aangewezen deskundigen en daartoe - indien noodzakelijk - de nodige machtigingen te verlenen;
- f) de verzekeraar een inkomstenbelastingverklaring te verstrekken, tenzij de praktijkvennootschap als begunstigde voor de uitkering is aangewezen;
- g) de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van enige andere arbeid;
- h) de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte stellen van het wijzigen of staken van gedurende de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid verrichte werkzaamheden;
- i) wijzigingen van het woonadres en/of bankrekeningnummer aan de verzekeraar door te geven;
- j) geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van de arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven.

14.2 Bij het niet of niet tijdig nakomen van één of meer van deze verplichtingen en bij het niet volledig en naar waarheid verstrekken van gegevens, kan de verzekeraar - indien daardoor zijn belangen zijn geschaad - overgaan tot het niet of niet geheel vergoeden van het gederfde inkomen.

Artikel 15 Uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen

15.1 Indien en nadat aan alle daartoe gestelde voorwaarden is voldaan, wordt het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen onder toepassing van de onderstaande staffel aan de begunstigde uitgekeerd.

Mate van arbeidsongeschiktheid	Uitkering in procenten van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen
Minder dan 25%	0
25 tot 35%	30
35 tot 45%	40
45 tot 55%	50
55 tot 65%	60
65 tot 80%	72,5
80 tot en met 100%	100

15.2 Het arbeidsongeschiktheidspensioen wordt door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde uitgekeerd. Indien de uitkering niet aan de praktijkvennootschap van de deelnemer wordt verricht geschiedt dit onder inhouding van de wettelijk voorgeschreven heffingen en premies. Het pensioen wordt uitgekeerd in maandelijkse termijnen bij achterafbetaling. De eerste en de laatste uitkering worden zo nodig pro rata verricht. Een teveel uitgekeerd bedrag dient onmiddellijk te worden gerestitueerd.

15.3 Het recht op uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen ontstaat op de eerste dag waarop de op het verzekeringsbewijs genoemde wachttijd is verstreken.

De uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen eindigt:

- op de dag waarop het arbeidsongeschiktheidspercentage van de deelnemer lager is dan 25%;
- op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het bepaalde in artikel 20 "Uitkering na beëindiging van de overeenkomst";
- op de dag volgend op de dag waarop de deelnemer de overeengekomen einddatum van de dekking heeft bereikt, doch uiterlijk op de dag volgend op de 65-ste verjaardag van de deelnemer;
- op de dag van overlijden van de deelnemer.

15.4 Geen recht op de uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen bestaat indien:

- de eerste dag van arbeidsongeschiktheid is gelegen vóór de datum waarop deze verzekering voor de deelnemer van kracht is geworden, een en ander met inachtneming van het in de artikelen 5.1 en 5.2 van deze Algemene Voorwaarden bepaalde;
- niet alle premies voor de verzekering tot de ingang van de premievrijstelling zijn voldaan;
- zolang de deelnemer is gedetineerd (in Nederland of in het buitenland).

15.5 Indien het inkomen uit arbeid van een arbeidsongeschikte deelnemer vermeerderd met de periodieke uitkeringen uit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen meer bedraagt dan 80% van het vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid voor de deelnemer geldende gemiddelde inkomen over de drie jaren voorafgaand aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid, zal het meerdere worden gekort op het door de verzekeraar uit te keren arbeidsongeschiktheidspensioen.

Het bedrag van het bovenbedoelde gemiddelde inkomen wordt, voor de uitvoering van het in dit lid bepaalde, na de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid jaarlijks geïndexeerd met 3%. De eerste indexering geschiedt per de eerste 1 januari volgend op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid.

15.6 Termijnen van het arbeidsongeschiktheidspensioen die niet binnen 3 jaar na de dag waarop zij opeisbaar zijn geworden worden opgevraagd, worden niet meer uitgekeerd.

15.7 Indien de verzekeraar aansprakelijk wordt gehouden voor door de begunstigde verschuldigde belasting en/of revisierente, is de begunstigde verplicht het verschuldigde bedrag aan de verzekeraar te restitueren. De verzekeraar is bevoegd een eventuele fiscale claim te verrekenen met nog te verschijnen uitkeringstermijnen.

Artikel 16 Vergoeding van de kosten van re-integratie

16.1 Indien met voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de verzekeraar kosten verbonden aan re-integratie worden gemaakt, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen deze naast de uitkering krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk worden vergoed, voor zover daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat.

Artikel 17 Samenloop

17.1 Geen uitkering wordt verricht indien en voor zover ter zake van hetgeen onder deze overeenkomst is gedekt aanspraak wordt gemaakt of zou kunnen worden gemaakt - in geval deze overeenkomst niet zou hebben bestaan - op een uitkering uit hoofde van een andere verzekeringsovereenkomst of voorziening. Dit geldt ongeacht de aanvangsdatum van deze andere verzekeringsovereenkomst of voorziening.

Artikel 18 Regres

18.1 De deelnemer is verplicht indien een derde betrokken is bij het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid, hiervan zo spoedig mogelijk melding te maken aan de verzekeraar. Tevens dient hij er melding van te maken indien hij op deze derde de schade gaat verhalen. Tevens is de deelnemer verplicht de verzekeraar direct mede te delen dat de derde de inkomensschade heeft vergoed en de verzekeraar op de hoogte te stellen van de resultaten van de regresactie, dan wel de verzekeraar alle informatie te verschaffen en hulp te bieden om verhaal op een aansprakelijke derde mogelijk te maken. Hiertoe kan behoren het in rechte overdragen van de vordering aan de verzekeraar.

18.2 Indien bij arbeidsongeschiktheid van een deelnemer sprake is van een op derden verhaalbare schade, wordt de door de verzekeraar verstrekte uitkering (inclusief een eventuele vergoeding als bedoeld in artikel 16) geacht te zijn gedaan bij voorschot. De deelnemer is bij geheel of gedeeltelijk verhaal van deze schade verplicht dit voorschot geheel of gedeeltelijk terug te betalen aan de verzekeraar.

Artikel 19 Duur van de overeenkomst

19.1 De overeenkomst wordt aangegaan voor de duur zoals aangegeven op het verzekeringsbewijs. Na afloop van deze periode wordt de overeenkomst telkens stilzwijgend verlengd voor de duur zoals aangegeven op het verzekeringsbewijs, tenzij één der partijen uiterlijk 2 maanden voor het einde van de contractperiode de overeenkomst per aangetekende brief aan de wederpartij opzegt. In geval van opzegging blijft de verzekering van arbeidsongeschiktheidspensioenen van kracht tot en met de laatste dag van de lopende contractperiode.

- 19.2 a) Naast de in de artikelen 3.4 en 7.2 voor de verzekeraar genoemde beëindigingsgronden hebben zowel de verzekeringnemer als de verzekeraar het recht om in bijzondere omstandigheden deze overeenkomst per aangetekende brief per direct te beëindigen. Van de hiervoor bedoelde omstandigheden is sprake indien ten aanzien van één van beide partijen mocht worden verklaard, dat zij verkeert in een toestand welke in het belang van de gezamenlijke schuldeisers bijzondere voorzieningen behoeft, ofwel dat zij krachtens een wettelijke regeling in een toestand mocht geraken, dat zij het beheer over haar inkomsten en/of vrije beschikking over haar vermogen verliest.
- b) Iedere partij is verplicht om indien deze omstandigheden zich bij haar voordoen, de wederpartij daarvan onmiddellijk op de hoogte te stellen.

Artikel 20 Uitkering na beëindiging van de overeenkomst (uitloop)

20.1 In geval van beëindiging van de overeenkomst blijft de verzekeraar ongewijzigd aansprakelijk voor reeds erkende respectievelijk nog te erkennen aanspraken op een uitkering. Voor wat betreft de nog te erkennen aanspraken is voorwaarde dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid is gelegen binnen de contractperiode.

20.2 Voor de nog te erkennen aanspraken is nog premie verschuldigd tot en met het einde van de overeengekomen wachttijd. Deze premie zal alsdan worden afgerekend.

20.3 Bij de toepassing van het bovenstaande gelden nog de volgende bepalingen:

- a) zolang er voor de deelnemer aanspraak op een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering bestaat, blijven de in de artikelen 12, 13 en 14 opgenomen verplichtingen van de verzekeringnemer en/of de deelnemer onverminderd van toepassing;
- b) een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse of beëindiging van de uitkering.

Artikel 21 Herziening tarieven en voorwaarden

21.1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden voor alle verzekeringen van arbeidsongeschiktheidspensioen waarvoor deze Algemene Voorwaarden gelden tussentijds (binnen de overeengekomen contractperiode) te wijzigen.

21.2 Een wijziging als bedoeld in lid 1 wordt voor elke daaronder vallende verzekering van kracht op een door de verzekeraar vast te stellen tijdstip en zal door de verzekeraar schriftelijk aan de verzekeringnemer worden meegedeeld. Als de verzekeringnemer binnen de in de mededeling gestelde termijn van ten minste 60 dagen de verzekeraar schriftelijk heeft medegedeeld de herziening te weigeren wordt de verzekering op de vastgestelde datum beëindigd. Heeft de verzekeraar binnen de vorenbedoelde termijn geen mededeling inzake weigering van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekeringnemer geacht met de herziening te hebben ingestemd.

21.3 De verzekeraar zal alleen van het in dit artikel bedoelde recht gebruik maken indien de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit een wijziging in verzekeringsvoorschriften, wettelijke regelingen of wettelijke bepalingen die van dusdanige aard is, dat de gevolgen van essentiële invloed zijn op deze verzekeringen, zulks ter beoordeling van de verzekeraar. Onder verzekeringsvoorschriften wordt hierbij verstaan: "voorschriften die voortvloeien uit in of op grond van de wet gestelde voorwaarden of uit de jurisprudentie, en een directe relatie met en consequenties voor de verzekering hebben. Hiertoe behoren ook aanwijzingen van de bevoegde toezichthouder."

21.4 Een tussentijdse wijziging van de voorwaarden heeft geen betrekking op reeds bestaande arbeidsongeschiktheid en ingegane arbeidsongeschiktheidspensioenen.

Artikel 22 Valuta en het van toepassing zijnde recht

22.1 De geldbedragen zijn uitgedrukt in euro's. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

Artikel 23 Bescherming van persoonsgegevens

23.1 Bij de aanvraag en/of gedurende de looptijd dan wel bij de wijziging van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt enerzijds ten behoeve van het beoordelen en accepteren van Cliënten, het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten met een Cliënt en het beheren van de daaruit voortvloeiende relatie, het afwikkelen van het betalingsverkeer, het voorkomen en bestrijden van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen en anderzijds ten behoeve van algemene statistische doeleinden (volledig geanonimiseerd). Onder Cliënt wordt verstaan de Cliënt volgens de begripsomschrijving in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële

Instellingen. Deze gedragscode is van toepassing op de verwerking van persoonsgegevens. De volledige tekst van de gedragscode kan worden geraadpleegd via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De gedragscode kan ook worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

Artikel 24 Geschillen

24.1 Beide partijen zullen trachten alle geschillen, welke mochten ontstaan naar aanleiding van de onderhavige overeenkomst, dan wel van nadere overeenkomsten die daar het gevolg van mochten zijn, onderling te beslechten. Indien beide partijen hierin door onderhandeling niet slagen, zullen de geschillen als volgt worden beslecht:

- a) indien de hoofdsom onder geschil niet meer bedraagt dan € 250.000 wordt een bindende uitspraak gedaan overeenkomstig het reglement van het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD);
- b) indien de hoofdsom meer bedraagt dan € 250.000 maar minder dan € 1.000.000 is ná de uitspraak van de KiFiD een beslechting overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut mogelijk;
- c) voor een hoofdsom van € 1.000.000 of meer vindt uitsluitend beslechting overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut plaats.

24.2 Indien de beslechting van het geschil plaatsvindt overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut gelden de volgende bepalingen:

- a) Het scheidsgerecht zal bestaan uit drie arbiters. Deze drie arbiters moeten zijn gekozen uit personen die geacht kunnen worden deskundig te zijn op verzekeringsgebied, dan wel op enig voor dat geschil relevant ander gebied. Iedere partij zal één arbiter aanwijzen en daarna zullen de beide arbiters een derde arbiter benoemen alvorens hun werkzaamheden te beginnen. Indien één der partijen nalaat een arbiter aan te wijzen binnen één maand nadat zij door de andere partij daartoe schriftelijk is uitgenodigd, of indien de twee door partijen aangewezen arbiters nalaten een derde arbiter te benoemen, zal de benoeming van die arbiter(s) plaatsvinden conform de bepalingen van het Arbitrage Reglement.
- b) De plaats van de arbitrage zal zijn gelegen in Amsterdam.

24.3 De in dit artikel opgenomen bepalingen vormen, hoewel zij een integraal deel van de verzekeringsovereenkomst zijn, een aparte overeenkomst. Hierdoor blijven de bepalingen van dit artikel ook bij ontbinding van de verzekeringsovereenkomst onverkort van kracht.

Artikel 25 Klachten

25.1 Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van de verzekeraar. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de betrokkenen niet bevredigend is, kunnen deze zich wenden tot Ombudsman Financiële Dienstverlening (via het KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag (telefoonnummer 070-3338999, www.kifid.nl). Wanneer de betrokkenen geen gebruik wensen te maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vinden, zal het geschil beslecht worden overeenkomstig het in artikel 24 bepaalde.

Artikel 26 Opzegbaarheid door verzekeraar

26.1 De verzekering is niet individueel opzegbaar door de verzekeraar, met uitzondering van de in de artikelen 3.4, 7.2 en 19.2 genoemde gevallen. De verzekering is wel conform het in de mantelovereenkomst met de Stichting bepaalde collectief opzegbaar. Wanneer de verzekeraar het collectieve contract met de Stichting opzegt (minimaal 6 maanden van tevoren) loopt de verzekering door tot aan de op het verzekeringsbewijs vermelde contractsvervaldatum. De verzekeraar zal wanneer hij het collectieve contract opzegt, altijd een nonselectief nieuw voorstel aan de Stichting uitbrengen. Het staat een individuele verzekeringnemer vrij de verzekering alsdan op te zeggen indien dit nieuwe voorstel hem daartoe aanleiding geeft.