

Algemene Voorwaarden STMOR 2011-1 Collectieve verzekering van overlijdensrisicokapitalen

Inhoudsopgave

Artikel 1	Definities
Artikel 2	Algemeen
Artikel 3	Mededelingsplicht en gevolgen
Artikel 4	Aanbieding en aanvaarding van het overlijdensrisico
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	Schademelding, uitkering van het overlijdensrisicokapitaal
Artikel 13	Duur van de overeenkomst
Artikel 14	Herziening tarieven en voorwaarden
Artikel 15	Valuta en het van toepassing zijnde recht
Artikel 16	Bescherming van persoonsgegevens
Artikel 17	Geschillen
Artikel 18	Klachten
Artikel 19	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 Begunstigde:

de op het verzekeringsbewijs als “begunstigde” vermelde rechtspersoon of natuurlijke persoon, die de begunstiging heeft aanvaard.

1.6 Overlijdensrisicokapitaal:

het op het verzekeringsbewijs vermelde bedrag dat tot uitkering komt indien de op het verzekeringsbewijs genoemde deelnemer gedurende de op het verzekeringsbewijs vermelde verzekerde periode komt te overlijden.

Artikel 2 Algemeen

2.1 Deze overeenkomst heeft tot doel om bij het overlijden van de deelnemer gedurende de verzekerde periode een eenmalige uitkering te verrichten.

2.2 De in het verzekeringsbewijs en de eventueel aangehechte Bijzondere Voorwaarden opgenomen bepalingen hebben voorrang boven het gestelde in deze Algemene Voorwaarden.

2.3 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.

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

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:

- a) de verzekeringsovereenkomst voort te zetten en de aangekondigde gevolgen voor zijn rekening te nemen;
- b) in overleg te treden met de verzekeraar om de overeenkomst te wijzigen;
- c) de verzekeringsovereenkomst op te zeggen.

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:

- a) 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;
- b) de uitkering wordt gekort naar evenredigheid indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen;

- c) 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;
- d) geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
- e) geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar opzettelijk is misleid.

Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van het overlijdensrisico

4.1 De verzekeringnemer biedt het op het verzekeringsbewijs omschreven overlijdensrisico ter verzekering aan de verzekeraar aan, waartegenover laatstgenoemde zich verbindt dit te aanvaarden tegen de in deze overeenkomst opgenomen voorwaarden.

4.2 Het aangeboden overlijdensrisico of een aangeboden uitbreiding van het bestaande risico wordt, 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 (door de verhoging van) het overlijdensrisicokapitaal het verzekerde bedrag in totaal de grens van (leeftijdsafhankelijk) € 250.000 dan wel € 182.000 te boven gaat, wordt (de uitbreiding van) het risico echter beoordeeld aan de hand van het volgende schema:

Leeftijd deelnemer	Huisartsenkeuring + HIV-test	Internistische keuring
T/m 54 jaar	vanaf € 250.001 t/m € 1.000.000	vanaf € 1.000.001
Vanaf 55 jaar	vanaf € 182.001 t/m € 500.000	vanaf € 500.001

In afwijking van het bovenstaande, is verhoging van het verzekerde overlijdensrisicokapitaal één keer per jaar mogelijk zonder nieuwe medische gegevens, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) de verhogingen vinden minimaal één keer in de drie jaar plaats; en
- b) het verhogingsbedrag is maximaal 15% van het overlijdensrisicokapitaal dat al verzekerd is; en
- c) het verhogingsbedrag is maximaal € 150.000,-; en
- d) de verzekering is zonder premieverhoging geaccepteerd door de verzekeraar; en
- e) eventuele verhogingen van het overlijdensrisicokapitaal na het begin van de verzekering zijn zonder premieverhoging geaccepteerd; en
- f) de deelnemer is jonger dan 60 jaar op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- g) de deelnemer is niet onder behandeling of controle van een (huis)arts of medisch specialist op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- h) de deelnemer was niet langer dan 4 weken onder behandeling of controle van een (huis)arts of medisch specialist in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag.

4.3 Indien de acceptatie op grond van artikel 4.2 op basis van medische gegevens plaatsvindt, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- a) 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;
- b) de verzekeraar is bevoegd op medische gronden een verhoogde premie in rekening te brengen, oorzaken van overlijden van de dekking uit te sluiten, de duur van de dekking te bekorten of de acceptatie van de betrokkene te weigeren;
- c) de kosten verbonden aan een medische keuring en/of aanvullend medisch onderzoek komen voor rekening van de verzekeraar.

4.4 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 dit risico onder geen enkele omstandigheid recht op een aanspraak op de verzekeraar anders dan de restitutie van de voor dit risico door de verzekeraar ontvangen verzekeringspremie, noch verplicht het de verzekeringnemer een dergelijk risico onder deze overeenkomst ter verzekering aan te bieden.

Artikel 5 Aanvang van het risico en duur van de dekking

5.1 De verzekeraar is eerst aansprakelijk voor een risico vanaf de dag waarop hij de verzekering nemer schriftelijk opgave doet van de voorwaarden waarop het risico kan worden aanvaard.

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

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

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

- a) de verzekeringnemer beëindigt de verzekeringsovereenkomst;
- b) de deelnemer bereikt de op het verzekeringsbewijs vermelde eindleeftijd;
- c) de mantelovereenkomst tussen de Stichting en de verzekeraar eindigt.

5.5 Indien en voor zover een deelnemer bij de aanvang van de verzekering mocht blijken te zijn overleden, volgt geen uitkering uit hoofde van deze overeenkomst, ongeacht eventuele wetenschap daaromtrent bij één van beide partijen.

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

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. Op de aanvangsdatum van de verzekering wordt de premie 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. De leeftijd wordt telkens in hele jaren en met inachtneming van de eventueel op medische gronden toegekende leeftijdscorrectie vastgesteld.

6.2 De premie voor de in de loop van enig kalenderjaar optredende mutaties wordt naar tijdsevenredigheid berekend. De premie voor een in de loop van enig kalenderjaar overleden deelnemer is verschuldigd tot en met 31 december van dat jaar.

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.

7.3 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 overeen gekomen contractperiode. Deze vergoeding wordt door de verzekeraar op basis van algemeen aanvaarde uitgangspunten vastgesteld.

7.4 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 (en de begunstigde indien deze een natuurlijke persoon is);
- 3 het te verzekeren overlijdensrisicokapitaal.

Indien een wijziging in de verzekering optreedt verstrekt de deelnemer in januari via de Stichting een opgave aan de verzekeraar waarin de ten opzichte van het voorgaande jaar opgetreden wijzigingen worden doorgegeven (een en ander met inachtneming van het in artikel 4 bepaalde).

8.3 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 bij aanvang van de verzekering opgegeven beroep 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 is bij overlijden van een deelnemer tot uitkering verplicht ongeacht de verblijfplaats van de deelnemer, de oorzaak van het overlijden en de omstandigheden waaronder dit plaatsvindt, behoudens indien de deelnemer overlijdt:

- a) door zelfmoord of een poging daartoe binnen een jaar na de aanvang van de desbetreffende verzekering;
- b) als gevolg van een misdrijf begaan door de begunstigde(n), waarvoor deze begunstigde(n) strafrechtelijk is (zijn) veroordeeld;
- c) tijdens of tengevolge van het deelnemen aan enige niet-Nederlandse gewapende dienst;

- d) tijdens of tengevolge van oorlogshandelingen, waarbij de deelnemer actief betrokken is geweest;
- e) tengevolge van oorlogshandelingen tijdens zijn verblijf in een gebied buiten Nederland dat reeds in staat van oorlog was op het moment dat hij dit gebied bewust betrad;
- f) tengevolge van oorlogshandelingen tijdens zijn verblijf in een gebied buiten Nederland, dat hij reeds vóór het ontstaan van een (dreigende) oorlogssituatie betrad, waarbij hij in strijd handelde met de instructies van de Nederlandse respectievelijk de plaatselijke overheid door het desbetreffende gebied niet tijdig te verlaten terwijl hij daartoe wel de gelegenheid had.

Artikel 11 Terrorismerisico

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

Artikel 12 Schademelding, uitkering van het overlijdensrisicokapitaal

12.1 De verzekeraar wordt zo spoedig mogelijk schriftelijk in kennis gesteld van het overlijden van de deelnemer, onder overlegging van een wettig bewijs van overlijden en de eventuele andere bescheiden, die naar het oordeel van de verzekeraar voor de vaststelling van de rechtmatigheid van de aanspraak benodigd zijn.

12.2 De verzekeraar gaat terstond na ontvangst van de verlangde stukken over tot uitbetaling aan de begunstigde of een door deze schriftelijk aangewezen instantie.

12.3 Een overlijdensrisicokapitaal dat niet binnen 5 jaar na de dag waarop het opeisbaar is geworden wordt opgevraagd, zal niet worden uitgekeerd.

Artikel 13 Duur van de overeenkomst

13.1 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 kracht tot en met de laatste dag van de lopende contractperiode.

13.2 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 op te zeggen. 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 14 Herziening tarieven en voorwaarden

14.1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden voor alle verzekeringen van overlijdensrisico's waarvoor deze Algemene Voorwaarden gelden tussentijds te wijzigen.

14.2 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.

14.3 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."

Artikel 15 Valuta en het van toepassing zijnde recht

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

Artikel 16 Bescherming van persoonsgegevens

16.1 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 17 Geschillen

17.1 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.

17.2 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.

17.3 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 18 Klachten

18.1 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 17 bepaalde.

Artikel 19 Opzegbaarheid door verzekeraar

19.1 De verzekering is niet individueel opzegbaar door de verzekeraar, met uitzondering van de in de artikelen 3.4, 7.2 en 13.2 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.