Polisvoorwaarden (0907 NR Koopsom)

I. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1: definities

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1. verzekerde in geval van overlijden en ernstige aandoeningen:
   de op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon die blijkens het polisblad heeft gekozen voor dekking in geval van overlijden, die bij het aangaan van de verzekering een financieringsovereenkomst heeft, tenminste 18 jaar en ten hoogste 69 jaar oud is en een goede gezondheid geniet.
2. verzekerde in geval van arbeidsongeschiktheid:
   de op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon die blijkens het polisblad heeft gekozen voor dekking in geval van arbeidsongeschiktheid, die bij het aangaan van de verzekering een financieringsovereenkomst heeft, tenminste 18 jaar en ten hoogste 64 jaar oud is en op grond van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzendbeding, of aanstelling in openbare dienst tenminste 16 uur per week in Nederland werkzaam is.
3. verzekerde in geval van onvrijwillige werkloosheid:
   de op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon die blijkens het polisblad heeft gekozen voor dekking in geval van onvrijwillige werkloosheid, die bij het aangaan van de verzekering een financieringsovereenkomst heeft, tenminste 18 jaar en ten hoogste 64 jaar oud is en op grond van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzendbeding, of aanstelling in openbare dienst tenminste 16 uur per week in Nederland werkzaam is.
4. begunstigde:
   verzekerde. Verzekerde dient schriftelijk een verzoek tot wijziging van begunstiging te doen aan verzekeraar. Een verzoek tot wijziging van de begunstiging is van kracht vanaf het moment dat administrateur de schriftelijke mededeling heeft ontvangen.
5. verzekerd maandtermijn:
   het bedrag dat als zodanig op het polisblad staat vermeld.
6. verzekerd bedrag
   het bedrag dat ingeval van overlijden voor het bereiken van de leeftijd van 65 jaar wordt uitgekeerd en dat als zodanig, per verzekerde, op het polisblad staat vermeld, verminderd met eventueel verrichte uitkeringen op grond van de dekking ernstige aandoeningen.
   Het bedrag dat ingeval van overlijden nadat de verzekerde de leeftijd van 65 jaar reeds had bereikt, maar voor het bereiken van de leeftijd van 70 jaar, wordt uitgekeerd is gelijk aan de restant schuld, maar nimmer meer dan het verzekerd bedrag zoals vermeld op het polisblad. Het bedrag van de restant schuld uit hoofde van de op het polisblad vermelde kredietovereenkomst, zoals die blijkt uit de boeken van de financieringsmaatschappij op dag dat verzekerde komt te overlijden echter met uitzondering van één of meerdere achterstallige maandbedragen en vertragingsvergoeding, verminderd met het bedrag waarvoor in de kredietovereenkomst wordt voorzien in kwijtschelding in geval van overlijden, ongeacht of de financieringsmaatschappij daadwerkelijk tot kwijtschelding overgaat en verminderd met door verzekeraar onder deze verzekering verrichtte uitkeringen op grond van de dekking ernstige aandoeningen.
7. verzekeraar in geval van overlijden en ernstige aandoeningen:
   London General Life Company Ltd. gevestigd in Harrow, Engeland, Nederlands bijkantoor: Paasheuvelweg 1, 1105 BE, Amsterdam (KvK nr: 33256898). Deze verzekeraar staat onder toezicht van de Engelse FinanciĎle autoriteit (registratienummer 202801)
8. verzekeraar in geval van arbeidsongeschiktheid en/of onvrijwillige werkloosheid:
   London General Insurance Company Ltd. gevestigd in Harrow, Engeland, Nederlands bijkantoor: Paasheuvelweg 1, 1105 BE, Amsterdam (KvK 33239502). Deze verzekeraar staat onder toezicht van de Engelse FinanciĎle autoriteit (registratienummer 202689).
9. administrateur:
   TWG Services Ltd. gevestigd in Harrow, Engeland, Nederlands bijkantoor: postbus 113, 6880 AC, Velp (KvK33225497), handelend onder de naam The Warranty Group Europe, Nederland (TWG). TWG is als administrateur door de verzekeraars belast met de uitvoering van deze verzekering. TWG staat onder toezicht van de Engelse Financiële autoriteit (registratienummer 312440).
10. arbeidsongeschiktheid:
    a) verzekerd risico in geval van arbeidsongeschiktheid gedurende het eerste ziektejaar:
       van arbeidsongeschiktheid is sprake als verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval volledig ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden.
    b) verzekerd risico in geval van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar:
       van arbeidsongeschiktheid is sprake, als verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval, niet in staat is om voor 35% of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.
    c) verzekerd risico in geval van arbeidsongeschiktheid na het tweede ziektejaar:
       van arbeidsongeschiktheid is sprake, als verzekerde, door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.
       Zie nader Hoofdstuk III van deze voorwaarden.
11. onvrijwillige werkloosheid:
    het aan verzekerde niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking die uit hoofde van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzendbeding, of een aanstelling in openbare dienst als bedoeld in lid 3 van dit artikel werd vervuld.
    Zie nader Hoofdstuk IV van deze voorwaarden.
12. maximumuitkering overlijden en ernstige aandoeningen
    het bedrag waarop krachtens deze of andere bij verzekeraar ondergebrachte overlijdensrisicoverzekeringen met inbegrip van ernstige aandoeningen aanspraak kan worden gemaakt bedraagt in totaal maximaal EUR 100.000,-- per verzekerde.
13. maximumuitkering persoonsverzekeringen (arbeidsongeschiktheid en werkloosheid)
    het bedrag waarop krachtens deze of andere bij verzekeraar ondergebrachte persoonsverzekeringen aanspraak kan worden gemaakt bedraagt in totaal maximaal EUR 100.000,-- per verzekerde.
14. Ongeval:
    Onder een ongeval wordt verstaan een onverwacht, onvrijwillig en in één ogenblik van buitenaf inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde.
15. ernstige aandoeningen
    Onder ernstige aandoeningen wordt in deze voorwaarden uitsluitend verstaan één van de volgende aandoeningen of gebeurtenissen:
    a) Hartaanval:
       Het recent afsterven van een gedeelte van de hartspier (myocardium) als gevolg van een blokkering van de kransslagaderen, voor - zover de diagnose gebaseerd is op de aanwezigheid van de volgende criteria:
       - nieuwe electrocardiografische veranderingen duidend op een nieuw hartinfarct;
       - verhoging van de hartenzymen boven de normaalwaarde (in geval van C.K. dient een C.K. - MB meting te worden toegepast)
    b) Coronaire hartziekte met noodzaak tot operatie:
       Het ondergaan van hartchirurgie door verzekerde met beperkende angineuze symptomen om de vernauwing of blokkade van twee of meer kransslagaderen door middel van omleidingen.
    c) Beroerte:
       Elk plotseling uitvallen van een deel van de hersenwerking (Cerebrovasculair accident) of een aandoening betreffende de hersenvaten, die neurologische complicaties met een duur van meer dan 24 uur veroorzaakt en permanent neurologische uitval tot gevolg heeft. Bewijs van permanent neurologische uitval zal moeten worden geleverd.
    d) Kanker:
       De manifestatie van een kwaadaardig woekergezwel inclusief leukemie en de ziekte van Hodgkin. De diagnose moet worden ondersteund door histologisch of hematologisch bewijs van kwaadaardigheid.
    e) Ziekte van Alzheimer :
       Het stellen van een definitieve diagnose van de ziekte van Alzheimer door een neurologisch of geriatrisch specialist voor dat verzekerde de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt.
    f) Eindstadium van nierfalen:
       Zich presenterend als chronisch onomkeerbaar functieverlies van beide nieren, als gevolg waarvan reguliere nierdialyse of een niertransplantatie wordt uitgevoerd.
    g) Transplantatie van belangrijke organen:
       Het feitelijk ondergaan als ontvanger van een transplantatie van hart, longen, nier(en), lever of beenmerg.
    h) Verlamming:
       Volledig en blijvend verlies van het gebruik van 2 of meer ledematen als gevolg van een verlamming na een ongeval of ziekte van het ruggenmerg. De verlammingsverschijnselen dienen minstens gedurende 3 maanden medisch geobjectiveerd en beschreven te zijn. Uitgesloten is verlamming als gevolg van het Guillain-Barré-syndroom.
    i) Ernstige brandwonden:
       Derdegraads brandwonden, verspreid over ten minste 18% van het lichaamsoppervlak van verzekerde, bevestigd door een arts of medisch specialist.
    j) Blindheid:
       Totaal, blijvend en onherroepelijk verlies van het gehele gezichtsvermogen van beide ogen als gevolg van een ziekte of aandoening.

Artikel 2: grondslag van de verzekering

1. De rechten en verplichtingen blijken uit het polisblad van deze verzekering en voorwaarden.
2. Verzekerde heeft de wettelijke plicht (zie artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek) om voor het sluiten van de overeenkomst aan verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kende of behoorde te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van verzekeraar of en zo ja, op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of kan afhangen.
   In geval van verzwijging behoudt verzekeraar zich het recht voor de verzekeringsovereenkomst te doen eindigen, de uitkering krachtens deze verzekering te verlagen dan wel niet te verlenen overeenkomstig de wettelijke regeling ter zake. Onder verzwijging wordt begrepen het niet, dan wel in enig opzicht verkeerd of onvolledig of onwaarachtig doen van opgaven en verklaringen waarvan, naar verzekerde wist of behoorde te weten, de beoordeling van verzekeraar of en zo ja onder welke voorwaarden de verzekering zou zijn afgesloten, (mede) afhing.
   Indien er in geval van overlijden een vermoeden van verzwijging van gezondheidsgegevens bestaat, dan zal verzekeraar de aanspraak op uitkering voorleggen aan de onafhankelijke Toetsingscommissie Fraude Gezondheidsgegevens. Verzekeraar is gebonden aan de uitspraak van de Toetsingscommissie Fraude Gezondheidsgegevens.
3. De verzekeraar behoudt zicht het recht voor om binnen 30 dagen na ingangsdatum te beslissen of zij het risico aanvaardt.

Artikel 3: bepalingen met betrekking tot administrateur

1. Alle bescheiden die door verzekerde aan administrateur worden toegezonden, worden door administrateur als zijn eigendom behouden.
2. Verzekerde dient de door administrateur in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst verzochte gegevens te verstrekken.
3. Indien administrateur gegevens aan externe deskundigen wenst voor te leggen, zal verzekerde administrateur daartoe machtigen.

Artikel 4: domiciliekeuze

1. Kennisgevingen door of namens verzekeraar aan verzekerde geschieden rechtsgeldig aan diens laatste bij administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres, aan het adres van de tussenpersoon die namens verzekerde heeft bemiddeld bij de totstandkoming van deze verzekering.
2. Kennisgevingen door verzekerde aan verzekeraar geschieden uitsluitend rechtsgeldig indien zij zijn gericht aan administrateur.

Artikel 5: persoonsgegevens

De op het polisblad opgenomen persoonsgegevens en de eventueel nader door verzekerde te verstrekken persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door of namens verzekeraar beheerde verzekerdenregistratie. Deze registratie is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) te Den Haag. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing.
Deze persoonsgegevens zullen niet anders worden gebruikt dan voor de uitvoering van deze verzekering.

II. BEPALINGEN IN GEVAL VAN OVERLIJDEN en ERNSTIGE AANDOENINGEN

Artikel 6: uitkering

1. De verzekering voorziet met inachtneming van deze voorwaarden erin dat, indien verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering komt te overlijden, door verzekeraar een uitkering wordt gedaan ter grootte van het verzekerd bedrag, zulks met inachtneming van de maximum dekking als bedoeld in artikel 7 lid 1 en de gronden waarop de dekking is uitgesloten zoals nader bepaald in artikel 8 lid 1 van deze voorwaarden. Indien verzekerde komt te overlijden en reeds de leeftijd van 65 jaar had bereikt, maar nog niet de leeftijd van 70 jaar, dan wordt door verzekeraar slechts uitkering gedaan conform artikel 1 lid 6, indien het overlijden het directe gevolg is van een ongeval.
2. De verzekering voorziet met inachtneming van deze voorwaarden erin dat, indien bij verzekerde gedurende de looptijd de diagnose van een ernstige aandoening wordt gesteld, de verzekeraar een uitkering zal doen van 12 maal het verzekerd maandtermijn, zulks met inachtneming van de maximum dekking als bedoeld in artikel 7 lid 2 en de gronden waarop de dekking is uitgesloten zoals nader bepaald in artikel 8 lid 2 van deze voorwaarden.
3. Het recht op uitkering ontstaat nadat de diagnose van de ernstige aandoening door een medisch specialist is vastgesteld, mits het moment van diagnose ligt na de ingangsdatum van de verzekering zoals vermeld op het polisblad en verzekerde op het moment van melding van de schade nog in leven is.

4 Verzekeraar heeft het recht de gestelde diagnose, op haar kosten, in Nederland te verifiëren.

5. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

Artikel 7: maximum dekking

1. De aanspraak die verzekerde aan deze verzekeringsovereenkomst in geval van overlijden kan ontlenen is, met inachtneming van artikel 1 lid 12, beperkt tot maximaal EUR 50.000,-. Maximaal verzekerde periode is 120 maanden.
2. De aanspraak die verzekerde aan deze verzekeringsovereenkomst in geval van ernstige aandoeningen kan ontlenen is, met inachtneming van artikel 1 lid 12, beperkt tot maximaal EUR 24.000,-. Maximaal verzekerde periode is 120 maanden.

Artikel 8: uitsluitingen

1. De verzekering biedt dekking tegen het risico van overlijden van verzekerde tenzij het overlijden:
   a) is veroorzaakt door zelfmoord, of een poging daartoe, tenzij één jaar verlopen is na het ingaan van de dekking;
   b) is veroorzaakt door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, ongeacht of deze oorzaken direct dan wel indirect aanleiding tot het overlijden zijn geweest. Deze vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de rechtbank Den Haag is gedeponeerd;
   c) is veroorzaakt door terrorisme en/of kwaadwillige besmetting, de definities hiervan maken onderdeel uit van de tekst die door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. op 12 juni 2003 bij Rechtbank Amsterdam is gedeponeerd;
   d) plaatsvindt gedurende de eerste 6 maanden na de ingangdatum van de verzekering, tenzij het overlijden het gevolg is van een ongeval.
2. De verzekering biedt dekking tegen het risico van ernstige aandoeningen tenzij:
   a) de ernstige aandoening is ontstaan, bevorderd of verergerd door ziekte, aandoening of letsel in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is;
   b) de ernstige aandoening is veroorzaakt door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, ongeacht of deze oorzaken direct dan wel indirect aanleiding tot de ernstige aandoening zijn geweest. Deze vormen van molest alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de rechtbank Den Haag is gedeponeerd;
   c) de ernstige aandoening is veroorzaakt door terrorisme en/of kwaadwillige besmetting, de definities hiervan maken onderdeel uit van de tekst die door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. op 12 juni 2003 bij Rechtbank Amsterdam is gedeponeerd;
   d) de ernstige aandoening is ontstaan, bevorderd of verergerd door alcoholisme of gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, stimulerende of verdovende middelen, anders dan op medisch voorschrift;
   e) er sprake is van het plotseling ontstaan van tijdelijk neurologische uitvalverschijnselen ten gevolge van circulatie stoornissen binnen of buiten de schedel, die geen restsymptomen nalaten (Transient ischaemic attack) of ten gevolge van circulatiestoornissen in het vaatstelsel in en om de wervels (Vertebro-basilaire insufficiëntie);
   f) er sprake is van enige vorm van huidkanker met uitzondering van histologisch bewezen uitzaaiing(en) van huidkanker;
   g) er sprake is van stadium 1 van de ziekte van Hodgkin en carcinoma in situ van in aanleg kwaadaardige woeker gezwellen in de bovenste laag van de huid en slijmvliezen, waaronder maar niet beperkt tot carcinoma in situ papillaireblaaskanker en carcinoma in situ van de cervix carcinoom;
   h) de ernstige aandoening naar mening van een specialist het directe of indirecte gevolg is van het HIV-virus en/of enig ziektebeeld of gesteldheid van vergelijkbare aard waaronder AIDS;
   i) de diagnose van een ernstige aandoening wordt gesteld binnen 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering.

Artikel 9: verplichtingen

1. Binnen één maand na het overlijden van verzekerde dient verzekeraar schriftelijk van het overlijden in kennis te worden gesteld door toezending van een afschrift van de overlijdensakte van de burgerlijke stand, een verklaring van de huisarts of de behandelend arts van verzekerde over de doodsoorzaak en een afschrift van het polisblad. Niet-naleving van deze termijn leidt tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.
2. Verzekerde is in geval van een ernstige aandoening verplicht:
   a) zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen 50 dagen nadat de diagnose is gesteld daarvan mededeling te doen aan administrateur,
   b) zich desgevraagd op kosten van verzekeraar door een door of namens haar aan te wijzen medisch specialist te laten onderzoeken,
   c) verplicht alle door administrateur voor de beoordeling van de schade nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken,
   d) zich na de diagnose te onthouden van alles waardoor de belangen van verzekeraar en/of administrateur worden of zouden kunnen worden geschaad.
3. Een verzoek om uitkering dient te worden gedaan met het formulier dat administrateur ter beschikking stelt en dat uiterlijk binnen 8 weken na de dag dat de diagnose is gesteld, ingevuld en getekend door verzekerde, door administrateur ontvangen dient te zijn.

III. BEPALINGEN IN GEVAL VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Artikel 10: nadere regeling met betrekking tot arbeidsongeschiktheid

1. De verzekering in geval van arbeidsongeschiktheid kan alleen worden ingeroepen indien verzekerde ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig en voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzendbeding, of aanstelling in openbare dienst in Nederland werkzaam was.
2. Gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid 10 sub a zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden door administrateur worden vastgesteld aan de hand van in te winnen informatie van onder andere de Arbo-dienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.
3. Gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid 10 sub b zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden door administrateur worden vastgesteld aan de hand van in te winnen informatie van onder andere de Arbo-dienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald door het aantal uren dat verzekerde (al dan niet aangepaste) werkzaamheden (in het kader van reïntegratie) verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde voor het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal werkte, exclusief overuren. Werkzaamheden die op arbeidstherapeutische basis worden verricht blijven bij het bepalen van het arbeidsongeschiktheidspercentage buiten beschouwing.
4. Gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid 10 sub c wordt de mate van arbeidsongeschiktheid in beginsel geacht overeen te stemmen met de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid. Alleen indien daartoe op grond van artikel 13 van deze voorwaarden aanleiding bestaat of omdat er om administratieve redenen, dat wil zeggen zonder dat er een medisch oordeel aan ten grondslag ligt, op grond van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid een mate van arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen, behoudt administrateur zich het recht voor een ander standpunt in te nemen dat schriftelijke zal worden gemotiveerd.
5. Administrateur stelt verzekerde van haar vaststelling als bedoeld in lid 2 tot en met 4 van dit artikel, zo spoedig mogelijk na ontvangst van de relevante gegevens op de hoogte. Indien tegen deze vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet binnen 60 dagen schriftelijk bezwaar wordt gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.

Artikel 11: uitkering

1. De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid 10 van deze voorwaarden en met inachtneming van deze voorwaarden, in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van 30 dagen dat verzekerde arbeidsongeschikt is geweest, vermenigvuldigd met de verzekerde maandtermijn zoals op het polisblad vermeld, zulks met inachtneming van het bepaalde in lid 2 van dit artikel en het maximum als bedoeld in artikel 12 van deze voorwaarden.
2. Het recht op uitkering gaat in na een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van 30 dagen, met terugwerkende kracht tot de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Indien verzekerd is met een wachttijd van 60 dagen bestaat er recht op uitkering met terugwerkende kracht tot de 31e dag van arbeidsongeschiktheid. Als eerste dag van arbeidsongeschiktheid wordt aangemerkt de dag waarop verzekerde zijn/haar arbeid heeft gestaakt en zich onder medische behandeling heeft geplaatst.
3. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

Artikel 12: maximum dekking

De aanspraak die verzekerde aan deze verzekeringsovereenkomst in geval van arbeidsongeschiktheid kan ontlenen bedraagt, met inachtneming van artikel 1 lid 13, maximaal EUR 100.000,-. Het maximaal op deze polis te verzekeren maandtermijn bedraagt: EUR 2.000,- en de maximaal te verzekeren looptijd is 120 maanden.

Artikel 13: uitsluitingen

Er bestaat geen recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien deze is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

a) opzet of grove schuld van verzekerde dan wel van een bij de uitkering belanghebbende;
b) alcoholisme;
c) een verkeersongeval veroorzaakt door verzekerde als bestuurder van een voertuig en verzekerde daarbij het wettelijk toegestane alcoholpromillage heeft overschreden;
d) gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, stimulerende of verdovende middelen, anders dan op medisch voorschrift;
e) één van de omstandigheden genoemd in artikel 8 lid 1 sub b en c van deze voorwaarden;
f) ziekte, aandoening of letsel in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is.

Artikel 14: verplichtingen

1. Verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:
   a) zich direct onder behandeling van een arts te stellen en al het mogelijke te doen om zijn/haar herstel te bevorderen alsmede al datgene na te laten wat herstel kan vertragen of verhinderen;
   b) binnen 3 weken na het verstrijken van de op het polisblad genoemde wachttijd van 30 of 60 dagen schriftelijk mededeling van de opgetreden arbeidsongeschiktheid te doen aan verzekeraar;
   c) zich desgevraagd op kosten van verzekeraar door een door of namens verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken;
   d) alle door of namens verzekeraar verzochte gegevens te verstrekken of te doen verstrekken. Onder andere moet de verzekerde aantonen dat hij arbeidsongeschikt is zoals bedoeld in artikel 1 lid 10, door middel van verklaring(en) van werkgevers of Arbo-dienst dan wel dat aan hem/haar een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van Sociale zekerheidswetgeving is toegekend. De verzekerde dient in ieder geval, indien hij een uitkering krachtens de Sociale zekerheidswetgeving ontvangt, hiervan maandelijks afschriften te overleggen, waaruit blijkt dat zijn uitkering niet is gestaakt of gewijzigd;
   e) de verzekeraar en/of medisch adviseur die namens de verzekeraar de arbeidsongeschiktheid beoordeelt, machtiging te verlenen om bij de door Sociale zekerheidswetgeving belaste instanties bedoeld in sub d, inlichtingen in te winnen in verband met de uitkering die verzekerde geniet alsook om informatie met betrekking tot de opgetreden arbeidsongeschiktheid bij de huisarts of behandelende artsen in te winnen;
   f) zich te onthouden van alles waardoor de belangen van verzekeraar kunnen worden geschaad.
2. Een verzoek om uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid dient te worden gedaan met het schadeformulier dat administrateur ter beschikking stelt na de melding door verzekerde zoals bedoeld in lid 1, sub b van dit artikel. Het schadeformulier dient door verzekerde uiterlijk 2 weken na verzending door administrateur geretourneerd te zijn. Niet-naleving van deze termijn of één van de verplichtingen voortvloeiende uit het eerste lid doet het recht op uitkering vervallen indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.
3. Verzekerde is verplicht administrateur terstond op de hoogte te stellen van zijn/haar geheel of gedeeltelijk herstel.

IV. BEPALINGEN IN GEVAL VAN ONVRIJWILLIGE WERKLOOSHEID

Artikel 15: nadere regeling met betrekking tot onvrijwillige werkloosheid

De dekking ingeval van onvrijwillige werkloosheid kan alleen tezamen met dekking ingeval van arbeidsongeschiktheid en/of overlijden worden afgesloten. Het bestaan van dekking in geval van arbeidsongeschiktheid en/of overlijden dient te blijken uit het polisblad.

Artikel 16: uitkering

1. De verzekering in geval van onvrijwillige werkloosheid kan alleen worden ingeroepen indien verzekerde direct voorafgaand aan onvrijwillige werkloosheid in Nederland woonachtig en voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzendbeding, of aanstelling in openbare dienst in Nederland werkzaam was en volledig arbeidsgeschikt is.
2. De verzekering voorziet in geval van onvrijwillige werkloosheid als bedoeld in artikel 1, lid 11 van deze voorwaarden en met inachtneming van deze voorwaarden, in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van 30 dagen dat verzekerde onvrijwillig werkloos is geweest, vermenigvuldigd met de verzekerde maandtermijn zoals op het polisblad vermeld, zulks met inachtneming van het bepaalde in lid 3 van dit artikel en het maximum genoemd in artikel 17 van deze voorwaarden.
3. Het recht op uitkering gaat in na een onafgebroken periode van onvrijwillige werkloosheid van 30 dagen, met terugwerkende kracht tot de eerste dag van onvrijwillige werkloosheid. Indien verzekerd is met een wachttijd van 60 dagen bestaat er recht op uitkering met terugwerkende kracht tot de 31e dag van onvrijwillige werkloosheid.
   Als eerste dag van onvrijwillige werkloosheid wordt aangemerkt:
   a) de dag dat op grond van een door de Centrale organisatie werk en inkomen, of degene die ingevolge wettelijke bepaling zijn bevoegdheid overneemt, verleende vergunning, met inachtneming van de wettelijke opzegtermijn, ontslag is verleend, dan wel
   b) de dag waartegen de Kantonrechter op een daartoe strekkend verzoek van de werkgever, als bedoeld in artikel 7:685 BW, de arbeidsovereenkomst heeft ontbonden vermeerderd met de "fictieve" opzegtermijn als bedoeld in artikel 16 lid 3 Werkloosheidswet, dan wel
   c) de dag dat de aanstelling door het bevoegde gezag met inachtneming van de van kracht zijnde rechts-positieregelingen is beĎindigd.
4. Indien tussen het moment waarop verzekerde weer een dienstbetrekking of aanstelling gaat vervullen en opnieuw onvrijwillig werkloos wordt in de zin van deze voorwaarden minder dan 6 maanden zijn verstreken, wordt dit, in afwijking van lid 5 van dit artikel, als één periode van onvrijwillige werkloosheid beschouwd. In dat geval zal verzekeraar de uitkering ter grootte van de verzekerde maandtermijn, met inachtneming van het bepaalde in lid 3 van dit artikel en artikel 17 van deze voorwaarden, voortzetten.
5. Verzekerde heeft tijdens de looptijd van de verzekering in geval van onvrijwillige werkloosheid opnieuw aanspraak op een uitkering indien verzekerde gedurende een periode van tenminste 6 maanden, voorafgaand aan de opnieuw opgetreden onvrijwillige werkloosheid, een dienstbetrekking en/of aanstelling in de zin van deze voorwaarden heeft vervuld met inachtneming van het bepaalde in lid 1 tot en met 4 van dit artikel.
6. Administrateur doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling van onvrijwillige werkloosheid in de zin van deze verzekering aan verzekerde. Indien niet binnen 60 dagen na verzending daartegen schriftelijk bezwaar is gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.
7. In het geval dat verzekerde dekking heeft voor zowel arbeidsongeschiktheid als voor onvrijwillige werkloosheid heeft verzekerde geen aanspraak op een uitkering in geval van onvrijwillige werkloosheid indien en zolang verzekerde aanspraak heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid.
8. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

Artikel 17: maximum dekking

De aanspraak die verzekerde aan deze verzekeringsovereenkomst in geval van onvrijwillige werkloosheid kan ontlenen bedraagt, met inachtneming van artikel 1 lid 13, per schade een maximum van 15 aaneengesloten perioden van 30 dagen van onvrijwillige werkloosheid vermenigvuldigd met het verzekerd maandtermijn. Het maximaal op deze polis te verzekeren maandtermijn bedraagt: EUR 2.000,- en de maximaal te verzekeren looptijd is 120 maanden.

Artikel 18: uitsluitingen

1. Er bestaat geen recht op uitkering indien de werkloosheid het gevolg is van:
   a) het verstrijken van de overeengekomen duur van een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht, anders dan op basis van een uitzend beding, of een aanstelling in openbare dienst voor bepaalde tijd;
   b) opzegging door de werkgever op grond van dringende aan de werknemer onverwijld medegedeelde redenen. Als dringende redenen worden beschouwd zodanige daden, eigenschappen of gedragingen van de werknemer, die tengevolge hebben dat van de werkgever redelijkerwijs niet verlangd kan worden de dienstbetrekking te laten voortduren;
   c) ontbinding van de arbeidsovereenkomst wegens gewichtige redenen,
      voor zover als gewichtige redenen worden beschouwd de dringende redenen als bedoeld in sub b van dit artikel;
   d) een terugkerend feit of seizoensgebonden werkvermindering, zoals bijv. seizoenarbeid, dan wel een feit dat tot de aard van het werk of de functie behoort, zoals bijv. vorstverlet;
   e) een op de ingangsdatum van deze verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid ongeacht de mate waarin deze bestond;
   f) één van de omstandigheden genoemd in artikel 8 lid 1 sub b en c van deze voorwaarden.
2. Er bestaat geen recht op uitkering indien:
   a) verzekerde niet kan aantonen dat hij een uitkering ontvangt in verband met zijn werkloosheid, alsmede gedurende de periode dat deze laatst genoemde uitkering door de daarmee belaste instantie wordt gekort als gevolg van het niet naleven van de daaraan gestelde regels of omdat verzekerde niet langer volledig werkloos wordt geacht;
   b) verzekerde voor het sluiten van de verzekering al op de hoogte was van het naderende ontslag;
   c) de werkloosheid in de eerste 180 dagen volgend op de ingangsdatum van deze verzekering ontstaat.
3. Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekerde die krachtens aanstelling in openbare dienst werkzaam is, ontslagen wordt op grond van:
   a) onherroepelijk geworden veroordeling tot vrijheidsstraf wegens misdrijf;
   b) het bij of in verband met indiensttreding en/of keuring verstrekken van onjuiste of onvolledige inlichtingen, zonder welke handelwijze niet tot indienstneming of goedkeuring zou zijn overgegaan;
   c) weigering van een voor hem/haar passend geoordeelde vervangende betrekking.
4. Indien en voor zover verzekerde recht heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst heeft verzekerde geen recht op een uitkering in geval van onvrijwillige werkloosheid.

Artikel 19: verplichtingen

1. Verzekerde is in geval van onvrijwillige werkloosheid verplicht:
   a) zich te houden aan de voorschriften en de instructies van de Centrale organisatie werk en inkomen, de instanties belast met de uitvoering van de Werkloosheidswet of de toepasselijke wachtgeldregeling, en administrateur;
   b) binnen 3 weken na het verstrijken van de op het polisblad genoemde wachttijd van 30 of 60 dagen schriftelijk mededeling van de ontstane onvrijwillige werkloosheid te doen aan verzekeraar;
   c) alles te doen en niets na te laten om een nieuwe dienstbetrekking aan te gaan;
   d) alle door verzekeraar verzochte gegevens te verstrekken of te doen verstrekken. Onder andere moet de verzekerde ten genoegen van verzekeraar aan tonen, dat hij/zij een uitkering op grond van de Werkloosheidswet of de toepasselijke wachtgeldregeling ontvangt door maandelijks afschriften van de ter zake gedane mededelingen van de instanties belast met de uitvoering van die regelingen, te overleggen en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden werkloosheid en de uitkering die verzekerde geniet;
   e) zich na het intreden van onvrijwillige werkloosheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van verzekeraar kunnen worden geschaad.
2. Een verzoek om uitkering in geval van onvrijwillige werkloosheid dient te worden gedaan met het schadeformulier dat administrateur ter beschikking stelt na de melding zoals bedoeld in lid 1, sub b van dit artikel. Het schadeformulier dient door verzekerde uiterlijk 2 weken na verzending door administrateur geretourneerd te zijn.
3. Verzekerde is verplicht tijdig met verzekeraar te overleggen bij vertrek naar het buitenland voor een periode van langer dan 30 dagen.
4. Verzekerde is verplicht verzekeraar terstond op de hoogte te stellen wanneer hij/zij een nieuwe dienstbetrekking is aangegaan.
5. Niet-naleving van één of meer van de verplichtingen die voortvloeien uit lid 1 tot en met 4 van dit artikel, leidt tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar door de niet-naleving in zijn belangen is geschaad.

V. SLOTBEPALINGEN

Artikel 20: betalingen aan begunstigde

1. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering in geval van overlijden en ernstige aandoeningen geschiedt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de voor het beoordelen van het recht op uitkering nodig geoordeelde gegevens door administrateur. Verzekeraar is bevoegd voorschotten op de uitkering te betalen.
2. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid en onvrijwillige werkloosheid geschiedt direct na afloop van de in artikel 11 lid 2 en/of 16 lid 3 van deze voorwaarden bedoelde arbeidsongeschikt- en onvrijwillige werkloosheidsperiode. Verzekeraar is bevoegd op de uitkering voorschotten uit te betalen.
3. Alle betalingen onder deze verzekering zullen door verzekeraar aan begunstigde worden voldaan, tenzij begunstigde schriftelijk heeft verklaard geen bezwaar te hebben tegen betaling aan een derde naar aanleiding van een daartoe strekkend verzoek van verzekerde of van verzekeraar.

Artikel 21: premiebetaling en premierestitutie

1. Betaling van de premie geschiedt eenmalig vooraf. De premie dient uiterlijk binnen 30 dagen na ingangsdatum van de verzekering te zijn voldaan. Indien de premie niet wordt voldaan binnen genoemde termijn wordt de verzekering geacht niet tot stand gekomen te zijn. De premie is berekend voor de gehele looptijd van de verzekering met inachtneming van de eindleeftijd die voor de verzekerde rubrieken geldt.
2. Restitutie van premie vindt uitsluitend plaats indien er op grond van deze verzekering geen uitkering of voorschot door verzekeraar verricht is. Restitutie wordt alleen verleend in geval van beëindiging van de verzekering op grond van artikel 22 lid 3 en artikel 23. In geval restitutie wordt verleend wordt EUR 50,- wegens kosten ingehouden. Indien verzekeraar te kennen geeft het risico niet te accepteren of in geval verzekerde de verzekering annuleert als bedoeld in respectievelijk artikel 22 lid 1 sub a en artikel 22 lid 2 zal de volledige premie worden terug betaald. De poliskosten komen niet voor terugbetaling in aanmerking.

Artikel 22: einde van de verzekering

1. Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald omtrent opzegging en/of beëindiging van de verzekering, eindigt deze:
   a) op de dag, gelegen binnen 30 dagen na ingangsdatum, waarop verzekeraar verzekerde schriftelijk heeft medegedeeld het risico niet te aanvaarden;
   b) op de dag waarop verzekerde overlijdt;
   c) op de dag waarop verzekerde gebruik maakt van een VUT-regeling of met pensioen gaat, deze beïndigingsgrond geldt niet voor de dekking in geval van overlijden;
   d) op de dag waarop verzekerde 65 jaar wordt, indien niet is gekozen voor dekking in geval van overlijden en ernstige aandoeningen;
   e) op de dag waarop verzekerde 70 jaar wordt indien is gekozen voor dekking ingeval van overlijden en ernstige aandoeningen. De dekking in geval van arbeidsongeschiktheid en de dekking ingeval van onvrijwillige werkloosheid eindigen op de dag dat verzekerde 65 jaar wordt.;
   f) op de in het polisblad vermelde einddatum.
2. Verzekerde heeft het recht om deze verzekering schriftelijk binnen 14 dagen na de ingangsdatum te annuleren op voorwaarde dat deze schriftelijke opzegging binnen 14 dagen na de ingangsdatum door administrateur is ontvangen.
3. Verzekerde kan gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, opzeggen per aan de verzekeraar gericht schrijven. Verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van 2 maanden in acht te nemen. Tezamen met het schrijven dient een kopie van de originele polis te worden meegezonden.

Artikel 23: wijzigingen.

1. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc, dan wel groepsgewijs te wijzigen.
2. Een herziening als bedoeld in lid 1, treedt in werking 60 dagen na schriftelijke mededeling van de herziening aan verzekerde. De verzekerde heeft het recht de wijziging, indien deze leidt tot een hogere premie en/of beperking van de voorwaarden, schriftelijk te weigeren binnen 60 dagen nadat hem/haar hiervan mededeling is gedaan. In dat geval eindigt de verzekering op de dag na ontvangst van de schriftelijke kennisgeving door verzekeraar.
3. Indien op de dag van inwerkingtreding van de herziening onder de oude voorwaarden een aanspraak op een uitkering is erkend, treedt de herziening ten aanzien van die verzekerde en met betrekking tot dat voorval pas in werking op het moment dat de aanspraak van de verzekerde is geëindigd.

Artikel 24: klachten of vragen

1. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
2. Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door administrateur of verzekeraar kunnen worden voorgelegd aan administrateur ter attentie van de klachtencommissie onder vermelding van het polisnummer. Administrateur zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden.
3. Indien verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door administrateur kunnen deze worden voorgelegd aan de Ombudsman Financiële Dienstverlening verbonden aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening of aan de Raad van Toezicht Verzekeringen, beide gevestigd te Den Haag. Verzekeraar conformeert zich aan de uitspraken van de laatstgenoemde instantie.
4. Deze klachtenregeling geldt onverminderd uw recht om geschillen ter berechting voor te leggen aan de bevoegde rechter te Amsterdam.