



Algemene voorwaarden Inkomen 2001

In deze Algemene voorwaarden Inkomen leest u welke afspraken van toepassing zijn op alle inkomensverzekeringen die u bij ons heeft afgesloten. Ze zijn één geheel met die verzekeringen. Als wij verwijzen naar de Algemene voorwaarden Inkomen, bedoelen wij alleen en uitsluitend deze voorwaarden. Tenzij in de voorwaarden van een verzekering staat dat wij van deze Algemene voorwaarden Inkomen afwijken of uitdrukkelijk ergens anders naar verwijzen.

Artikel 1 Waarvoor zijn de Algemene voorwaarden Inkomen?

a) Wat bedoelen we met..?

In deze voorwaarden noemen we de verzekeringnemer 'u' en alle anderen 'verzekerden'. Tenzij wij een verzekerde specifiek willen noemen.

De verzekeraar is N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij, gevestigd aan het Takenhofplein 2, 6538 SZ Nijmegen. Wij zijn bij de AFM ingeschreven onder vergunningsnummer 12000483.

De gevolmachtigde van de verzekeraar is Nieuwstaete Assuradeuren gevestigd Zadelmakerstraat 140, 1990 AB te Velsbroek. We noemen Bovemij en Nieuwstaete Assuradeuren 'we' of 'wij'.

Met verzekeringnemer bedoelen wij degene die de verzekering is aangegaan in de hoedanigheid die op het polisblad staat.

Met verzekerde bedoelen wij ieder ander dan u die wij als verzekerde benoemen in onze voorwaarden. Met het polisblad bedoelen wij het blad met de gegevens en de bepalingen over de voorwaarden van de verzekering en de verzekerde productmodule(s). Met een productmodule bedoelen wij een zelfstandig te sluiten onderdeel van de verzekering. Als u een productmodule heeft verzekerd, staat dat op uw polisblad. Wanneer in de voorwaarden 'verzekering' staat, bedoelen we daar ook een productmodule mee.

b) Grondslag van de verzekering

Het door u ondertekende aanvraagformulier en de overige gegevens die u ons geeft, vormen de grondslag van uw verzekering. Met overige gegevens bedoelen wij de door u of een verzekerde verstrekte opgaven en gedane verklaringen. Zoals gezondheidsverklaringen en keuringsrapporten. Dit geldt zowel voor de gegevens die u bij het afsluiten geeft, als de gegevens die u tijdens de looptijd van de verzekering aan ons doorgeeft.

U en de verzekerden hebben een plicht ons op de hoogte te stellen van feiten die u kent of behoort te kennen. Als deze mededelingsplicht niet wordt nagekomen, hebben wij het recht om bijvoorbeeld de verzekering op te zeggen of andere voorwaarden te stellen.

Overdraagbaarheid van rechten

Het is niet mogelijk het recht op uitkering te belenen, vervreemden, in pand te geven of op andere manier tot voorwerp van zekerheid te maken.

Toepasselijk recht

Op elke verzekering en productmodule is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 2 Begin, duur en einde van de verzekering

a) Begin van de verzekering

De verzekering begint om 00.00 uur op de dag die op het polisblad staat als ingangsdatum.

b) Duur van de verzekering

Op uw polisblad staat de contracttermijn van uw verzekering. Daarna verlengen wij uw verzekering telkens stilzwijgend voor 12 maanden, tenzij wij met u anders overeenkomen. Als het om een particuliere

verzekering gaat, is de contracttermijn 12 maanden. De oorzaak van de schade of een beroep op uw verzekering moet liggen op een tijdstip binnen de looptijd van de verzekering.

Met looptijd bedoelen wij de periode van de ingangsdatum tot de beëindigingsdatum van de verzekering.

c) Einde van de verzekering bij opzegging door u

De verzekering eindigt door uw schriftelijke opzegging:

- op de contractvervaldatum die op uw polisblad staat. U heeft daarbij een opzegtermijn van 1 kalendermaand.
- binnen 1 kalendermaand nadat wij u schriftelijk informeerden over een wijziging van de premie of de voorwaarden. En deze wijziging is nadelig voor u of een verzekerde. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging ingaat. Maar nooit eerder dan 1 kalendermaand na de datum van dagtekening op de brief waarin wij u informeren over de wijziging. Tenzij elders in de voorwaarden een aanvullende bepaling hiervoor is opgenomen.
- na de eerste stilzwijgende verlenging. Opzeggen kunt u dan op elk moment. U heeft daarbij een opzegtermijn van 1 kalendermaand.

d) Einde van de verzekering bij opzegging door ons

Wij mogen de verzekering schriftelijk beëindigen:

- per direct bij opzet van u of een verzekerde om ons te misleiden of bij fraude. Hoe wij omgaan met fraude leest u in hoofdstuk 6.c 'Hoe gaan wij om met fraude?'
- per direct als u de verplichtingen uit deze voorwaarden niet nakomt.
- binnen 2 kalendermaanden nadat wij een beroep doen op het niet nakomen van uw mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- aan het begin van een nieuw verzekeringsjaar dat volgt op een heel verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen. Wij moeten de opzegging doen binnen 1 kalendermaand na het verstrijken van het laatstgenoemde verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- als u de premie die u op de eerste premievervaldag verschuldigd bent, niet op tijd heeft betaald of weigert te betalen. De verzekering eindigt bij weigering om te betalen, op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. De verzekering eindigt bij niet op tijd betalen, 2 maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.
- als u de vervolgpremie niet op tijd betaalt of weigert te betalen. En wij u na het verstrijken van de premievervaldag zonder resultaat hebben aangemaand de vervolgpremie te betalen. De verzekering eindigt bij weigering om te betalen op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. De verzekering eindigt bij niet op tijd betalen 2 kalendermaanden na de datum van de dagtekening van de opzeggingsbrief.
- per direct nadat u failliet bent verklaard of surseance van betaling is verleend. De verzekering eindigt op de datum van faillissement of surseance of de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- per direct bij verkoop van uw bedrijf, beëindiging van de bedrijfsactiviteiten of als u geen personeel meer in dienst heeft. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.



Artikel 3 Wat zijn uw verplichtingen?

a) Geef mededelingen en andere informatie altijd schriftelijk aan ons door

U of verzekerde kan een mededeling of informatie doorgeven aan ons. Doe dit altijd schriftelijk. U bent en blijft ervoor verantwoordelijk dat wij uw mededeling of informatie goed ontvangen.

b) Geef een nieuw adres direct door

Een wijziging van post- en/of e-mailadres moet u direct - en uiterlijk binnen 30 dagen - aan ons doorgeven. Informatie die wij u sturen, gaat naar het adres dat bij ons als laatste bekend is. Wij doen dit altijd schriftelijk. Wij gaan er daarmee vanuit dat de informatie juist geadresseerd is en u heeft bereikt. U kunt zich er niet op beroepen dat u onze informatie niet heeft ontvangen.

c) Geef risicowijzigingen direct door

U moet ons wijzigingen doorgeven die van belang zijn voor het risico dat u bij ons heeft verzekerd. Dit zijn in ieder geval:

- wijziging van de rechtsvorm van het bedrijf.
- wijzigingen van de juridische structuur en de bijbehorende concernrelaties.
- wijziging van de aard van de activiteiten of de uitgevoerde werkzaamheden.
- geheel of gedeeltelijk staking van de bedrijfsvoering.
- adreswijzigingen.
- wijziging in de gegevens waarop de premie gebaseerd is. In de aanvullende voorwaarden van de productmodule leest u hoe wij de premie bepalen.

Als wij vinden dat het risico toeneemt, mogen wij:

- voorstellen doen om de premie en/of voorwaarden te veranderen.
- de verzekering met onmiddellijke ingang beëindigen wanneer het risico niet langer past binnen onze acceptatierichtlijnen.

Bij een toegenomen risico bent u daarvoor pas verzekerd als wij u dat schriftelijk hebben meegedeeld. Als wij vinden dat het risico afneemt, mogen wij voorstellen doen om de premie en/of voorwaarden te veranderen.

U moet een wijziging zo snel mogelijk aan ons doorgeven, maar uiterlijk binnen 30 dagen na de wijziging. Doet u dit niet en vinden wij dat het risico is toegenomen? Dan vervalt ieder recht op vergoeding of uitkering vanaf 30 dagen na het moment van de wijziging.

d) Verplichtingen bij ziekte, een ongeval en arbeidsongeschiktheid

Bij ziekte, een ongeval en arbeidsongeschiktheid gelden de verplichtingen die hieronder staan voor u, degene die recht heeft op een uitkering en de verzekerde. Bij het niet nakomen van deze verplichtingen mogen wij de uitkering verminderen met de schade die wij hierdoor lijden. Als u, degene die recht heeft op een uitkering of de verzekerde een verplichting niet nakomt met de opzet om ons te misleiden, vervalt elk recht op een uitkering. Behalve als de misleiding het verval van het recht op de uitkering niet rechtvaardigt.

Verplichtingen van u, degene die recht heeft op de uitkering en de verzekerde

- U, degene die recht heeft op de uitkering en/of de verzekerde zijn het volgende verplicht in het geval van ziekte, ongeval of arbeidsongeschiktheid:
- zich direct geneeskundig laten behandelen.
 - alles doen voor een spoedig herstel en re-integratie.
 - alles nalaten wat het herstel kan vertragen of verhinderen.
 - alle medewerking verlenen en alles nalaten wat onze belangen kan schaden

- alle gegevens die wij vragen aan ons te geven, of aan andere deskundigen die wij aanwijzen.
- ons te machtigen om inlichtingen in te (laten) winnen bij derden.
- geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die van belang zijn voor de vaststelling van de oorzaak en de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering en vergoedingen.
- ons binnen 48 uur te informeren over geheel of gedeeltelijk herstel.
- ons binnen 48 uur te informeren over het geheel of gedeeltelijk hervatten van beroepswerkzaamheden, of het aanvaarden van andere betaalde arbeid.
- Tijdig, maar uiterlijk 1 kalendermaand voor vertrek, met ons overleggen als u of verzekerde langer dan 2 maanden naar het buitenland wilt gaan.

Let op: als een verplichting niet is nagekomen en onze belangen daardoor zijn of worden geschaad, vervalt het recht op uitkering.

e) Betaal uw premie op tijd

U moet de premie inclusief kosten en eventuele assurantebelasting vooruit betalen op de premievervaldatum.

Wat gebeurt er als u de gefactureerde premie niet op tijd betaalt?

Betaalt u de gefactureerde premie niet uiterlijk op de 30e dag na de factuurdatum? Of weigert u om te betalen? En heeft u de 15e dag na de schriftelijke aanmaning nog steeds niet betaald? Dan heeft u vanaf die 15e dag vanaf 00.00 uur geen verzekeringsdekking.

Mocht de gefactureerde premie de eerste premie zijn van een nieuw afgesloten verzekering, dan is er vanaf de ingangsdatum geen verzekeringsdekking.

U blijft verplicht de premie te betalen

Als u niet verzekerd bent, omdat u de gefactureerde premie niet op tijd heeft betaald of weigert te betalen, loopt uw verzekering nog steeds. U blijft de premie verschuldigd. U mag het verschuldigde bedrag niet verrekenen met een vordering op ons.

U bent weer verzekerd volgend op de dag dat wij alle premie die u verschuldigd bent, blijvend hebben ontvangen. Heeft u met ons termijnbetalingen afgesproken? Dan bent u pas weer verzekerd volgend op de dag dat wij alle onbetaald gebleven termijnen blijvend hebben ontvangen. Met premie en termijnbetaling bedoelen we hier ook de kosten, eventuele assurantebelasting en incassokosten.

Let op: in de periode dat u ons premie verschuldigd was, bent u niet verzekerd voor het ontstaan, de bevordering of verergering van een ziekte, ongeval of arbeidsongeschiktheid in die periode. Het is dus niet zo dat u door betaling met terugwerkende kracht wel verzekerd zou zijn.

Artikel 4 Wat is beperkt of niet verzekerd?

a) Wat is beperkt verzekerd?

Bij schade door terrorisme geldt het Protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekingsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Dit betekent dat wij niet meer betalen dan het bedrag dat wij zelf ontvangen van het NHT. Informatie hierover leest u op www.terrorismeverzekerd.nl.

b) Wat is niet verzekerd?

Ziekte, een ongeval of arbeidsongeschiktheid is niet verzekerd als deze is ontstaan, bevorderd of verergerd door u, de verzekerde of iemand die belang heeft bij deze verzekering:

- door opzet. Er is sprake van opzet als de schadeveroorzakende gebeurtenis het beoogde of zekere gevolg is van het handelen of nalaten. Of als de schadeveroorzakende gebeurtenis met



goedvinden van u of verzekerde is ontstaan. U bent wel verzekerd als u aannemelijk maakt dat de opzet zich buiten uw weten of tegen uw wil heeft voorgedaan. En dat u niets te verwijten valt.

- waarmee of waarbij fraude is gepleegd. Lees in hoofdstuk 6.c 'Hoe gaan wij om met fraude?' hoe wij omgaan met fraude.
- door het plegen van of het deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe door u of een verzekerde.

Ook niet is verzekerd wanneer u, de verzekerde of iemand die belang heeft bij deze verzekering:

- een verplichting niet nakomt en onze belangen daardoor worden geschaad.
- een onvolledige of onjuiste opgave doet.

Ook niet verzekerd is ziekte, een ongeval of arbeidsongeschiktheid:

- veroorzaakt door of ontstaan uit molest.
- door een atoomkernreactie.

Met molest bedoelen wij:

- een gewapend conflict. Elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of minstens de een de ander, met militaire machtsmiddelen bestrijden. Daarmee bedoelen we ook het gewapend optreden van militaire eenheden onder de verantwoordelijkheid van internationale organisaties, zoals de Verenigde Naties, de Noord Atlantische Verdragsorganisatie of de West-Europese Unie.
- een burgeroorlog. Dat is een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van dezelfde staat. Waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.
- een opstand. Dat is georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, dat gericht is tegen het openbaar gezag.
- binnenlandse onlusten. Dat zijn min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen die zich op verschillende plaatsen binnen een staat voordoen.
- een oproer. Dat is een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging die gericht is tegen het openbaar gezag.
- munitierij. Dat is een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, waarbij de beweging gericht is tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Met een atoomkernreactie bedoelen wij iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit. Het maakt daarbij niet uit hoe die reactie is ontstaan. Met een atoomkernreactie bedoelen wij niet de radioactieve stoffen die zich buiten een kerninstallatie bevinden en die worden gebruikt of zijn bestemd voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet militaire) beveiligingsdoeleinden. Als daarvoor door enige overheid een vergunning is afgegeven (voor zover vereist) voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.

Wij vergoeden ook als zo'n vergunning is afgegeven geen schade als volgens een wet of verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

Met een kerninstallatie bedoelen wij een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 nummer 225). En ook een kerninstallatie aan boord van een schip.

c) Sancties en/of handelsbeperkingen bij aanvang van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst komt niet tot stand als u of een andere belanghebbende voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst. Wij toetsen dit achteraf. Daarom is een 'opschortende voorwaarde' van kracht.

De toetsing voeren wij zo snel mogelijk uit. Als u of een andere belanghebbende niet voorkomt op een sanctielijst, dan is de overeenkomst geldig vanaf de op de polis vermelde ingangsdatum.

En als een persoon wel voorkomt op een sanctielijst? Dan informeren wij de aanvrager daarover schriftelijk. Wij doen dit in ieder geval binnen 30 dagen nadat wij de polis hebben verzonden.

De opschortende voorwaarde luidt:

De overeenkomst komt alleen tot stand als er voldoende informatie beschikbaar is en uit toetsing niet blijkt dat het verboden is op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen voor of ten behoeve van:

- verzekeringnemer, verzekerden, medeverzekerden en andere (rechts) personen die voordeel zouden kunnen hebben bij het bestaan van de overeenkomst.
- vertegenwoordigers en gemachtigden van het bedrijf van verzekeringnemer.
- uiteindelijk financieel belanghebbenden bij het bedrijf van de verzekeringnemer.

Gedurende de looptijd van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst kan niet gehandhaafd worden als u of een andere belanghebbende voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst. Wij toetsen regelmatig of onze relaties of andere belanghebbenden niet voorkomen op een sanctielijst.

De verzekeringsovereenkomst kan gehandhaafd worden zolang als uit toetsing niet blijkt dat het verboden is om op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen voor of ten behoeve van:

- verzekeringnemer, verzekerden, medeverzekerden en andere (rechts) personen die voordeel zouden kunnen hebben bij het bestaan van de overeenkomst.
- vertegenwoordigers en gemachtigden van het bedrijf van verzekeringnemer.
- uiteindelijk financieel belanghebbenden bij het bedrijf van de verzekeringnemer.

Wij vergoeden geen schade als wij daarmee in strijd zouden handelen met sanctiewet- of regelgeving die ons verbiedt dekking te verlenen of een schade uit te keren. Ook niet verzekerd is de schade of het belang van personen, ondernemingen, overheden of andere entiteiten dat wij volgens nationale of internationale wet en/of regelgeving niet mogen verzekeren.

Artikel 5 Wanneer mogen wij uw verzekering wijzigen?

Wij mogen de premie en voorwaarden van uw verzekering tussentijds of per hoofdpremievalidatum wijzigen. U ontvangt voor het ingaan van de wijziging bericht van ons. Wij leggen hierin uit waarom de aanpassing nodig is en wat er precies wijzigt.

Is sprake van een premieverhoging of wijziging van de voorwaarden in uw nadeel? Dan mag u de verzekering beëindigen. Behalve als de wijziging het gevolg is van een wettelijke regeling of bepaling. U leest hier meer over in de aanvullende voorwaarden van de productmodule. Een opzegging moet altijd schriftelijk gebeuren en daarnaast geldt het volgende:

- Een wijziging per hoofdpremievalidatum waarbij u ons bericht over de wijziging tegelijk met de prolongatiestukken ontvangt: dan moeten wij uw opzegging uiterlijk 30 dagen na ons bericht over de wijziging hebben ontvangen. Uw verzekering eindigt dan om 00.00 uur op de dag van opzegging.
- Een tussentijdse wijziging of wijziging per hoofdpremievalidatum waarover wij u minimaal 2 kalendermaanden van tevoren informeren: dan moeten wij uw opzegging uiterlijk de dag voordat de wijziging ingaat hebben ontvangen. Uw verzekering



eindigt dan om 00.00 uur op de dag waarop de wijziging ingaat.

Wanneer wij binnen de genoemde termijn geen opzegging van u ontvangen, nemen wij aan dat u met de wijziging instemt. Uw verzekering loopt dan door met de nieuwe premie en voorwaarden.

Artikel 6 Wat moet u nog meer weten?

a) Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

Bij de aanvraag of het wijzigen van uw verzekering vragen wij persoonsgegevens van u voor het:

- aangaan en uitvoeren van de verzekering.
- beheren van de relaties na het sluiten van de verzekering.
- voldoen aan wettelijke verplichtingen.
- waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector.
- maken van statistische analyses.
- uitvoeren van marketingactiviteiten.

Wilt u geen informatie van ons ontvangen over producten of diensten? Laat het ons dan weten.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode staat op de website van het Verbond van Verzekeraars. Kijk op www.verzekeraars.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars.

Om een verantwoord acceptatie- risico- en fraudebeleid te voeren, kunnen wij gegevens over u en uw verzekeringen inzien en vastleggen in het centraal informatiesysteem (CIS) van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Op www.stichtingcis.nl vindt u meer informatie, waaronder het privacyreglement van Stichting CIS.

b) Wanneer verjaart een recht op uitkering?

Het is belangrijk dat u een gebeurtenis, die kan leiden tot recht op uitkering, binnen een bepaalde termijn aan ons meldt. Uw rechten op een uitkering kunnen namelijk verjaren.

Een recht op uitkering verjaart 3 jaar nadat dit recht is ontstaan en u dit wist. Of had kunnen weten. Zodra u ons schriftelijk laat weten dat u aanspraak wilt maken op een uitkering, stopt u de verjaring. Als wij besluiten dat we niet gaan betalen, ontvangt u van ons een brief waarin we dit toelichten. Dan start een nieuwe verjaringstermijn van 3 jaar. Deze start op de dag volgend op de datum van onze brief.

c) Hoe gaan wij om met fraude?

Verzekeringsfraude is uiteraard in niemands belang. Daarom kunnen wij maatregelen treffen om te voorkomen dat iemand onterecht een schadevergoeding ontvangt. Bij twijfel over de juistheid of volledigheid van gegevens is het mogelijk dat we een onderzoek instellen. De wettelijke bepalingen en onze interne gedragscodes zijn van toepassing.

Met fraude bedoelen we dat u ons doelbewust benadeelt. Hiervan is sprake als u ons opzettelijk onjuiste of onvolledige informatie geeft bij de aanvraag of wijziging van de verzekering, tijdens de looptijd van de verzekering of bij een beroep op de verzekering.

Bij fraude nemen wij een of meer van de volgende maatregelen:

- de aangevraagde verzekering wordt door ons geweigerd.
- alle verzekeringen die u bij ons heeft worden beëindigd.
- wij sluiten u uit voor toekomstige verzekeringen.
- betaalde premie zal niet aan u worden terugbetaald.
- wij keren niet uit.

- betaalde uitkeringen en vergoedingen worden teruggevorderd.
- gemaakte (onderzoeks)kosten worden van u teruggevorderd.
- wij doen aangifte bij de politie.
- geven wij uw gegevens door aan het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars.
- wij kunnen de fraude melden aan de Stichting Centraal Informatie Systeem (Stichting CIS). Andere financiële instellingen in Nederland kunnen nagaan of u hierin voorkomt met uw persoonsgegevens. Het systeem levert een bijdrage aan verantwoord acceptatie- en schaderegelingsbeleid door de CIS-deelnemers. Meer informatie leest u op www.stichtingcis.nl.
- iedere andere maatregel die ons wettelijk is toegestaan.

d) Wat kunt u doen als u een klacht heeft over uw verzekering?

Wij doen ons best u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat er iets niet goed gaat. Dan kunt u een klacht indienen via het klachtenformulier dat u op onze website www.bovemij.nl vindt. Daar leest u ook hoe onze klachtenprocedure werkt. Heeft u de procedure liever op papier? Dan kunt u dit bij ons aanvragen. Als uw klacht na behandeling door ons niet naar uw tevredenheid is opgelost, kunt u gebruikmaken van onze geschillenregeling. In artikel 6.e 'Hoe werkt de geschillenregeling?' leest u wat u in dat geval moet doen en van ons kunt verwachten.

Klachten over particuliere verzekeringen kunt u binnen 3 kalendermaanden voorleggen aan Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. Meer informatie over de stichting leest u op www.kifid.nl. Deze mogelijkheid geldt alleen voor klachten van particuliere aard.

U kunt uw klacht ook meteen voorleggen aan een bevoegde rechter. U bent niet verplicht onze klachtenprocedure te volgen.

e) Hoe werkt de geschillenregeling?

Wij zijn verplicht u een schriftelijk en onderbouwd standpunt te sturen als wij met u van mening verschillen over de uitleg en toepassing van deze voorwaarden. Of over de vraag of een gebeurtenis wel of niet is verzekerd. U kunt binnen 2 maanden na de datum van onze brief of e-mail een schriftelijk en onderbouwd bezwaar maken. Wij zijn dan verplicht om binnen 2 maanden na ontvangst van uw bezwaar schriftelijk en onderbouwd te reageren. U kunt uw bezwaar e-mailen naar klachten@bovemij.nl, of opsturen naar Bovemij, ter attentie van Klachtencoördinator, Postbus 7110, 6503 GP Nijmegen. Blijft u ook na onze reactie van mening verschillen met ons, dan kunt u ons binnen 1 kalendermaand na de datum van onze laatste brief vragen om de zaak voor te leggen aan een advocaat. Die advocaat kiezen wij samen met u. Wij vergoeden de kosten van het advies van de advocaat. En wij gaan vooraf akkoord met het advies van de advocaat. Bent u het niet eens met het advies van de advocaat, dan kunt u de zaak voorleggen aan de rechter.



Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering (AGRO AOV)

Met de Arbeidsongeschiktheidsverzekering verzekert u een inkomen als u door arbeidsongeschiktheid of zwangerschap niet in staat bent zelf een inkomen te verdienen. En u ontvangt hulp bij re-integratie. U heeft kunnen kiezen om de dekking 'Ongevallenverzekering' mee te verzekeren. Op uw polisblad staat of u hiervoor gekozen heeft. Deze verzekering voldoet aan de kenmerken van een sommenverzekering.

Lees de voorwaarden en het polisblad goed door

In deze voorwaarden leest u wat verzekerd is en wat niet en hoe wij de uitkering vaststellen. In onze Algemene voorwaarden Inkomen staan de afspraken die gelden voor al onze inkomensverzekeringen. Zoals uw verplichtingen bij schade, het tijdig doorgeven van wijzigingen, premiebetaling en de klachten- en geschillenregeling. Lees beide voorwaarden en uw polisblad goed door. Dan weet u wat u van ons kunt verwachten en wat wij van u verwachten.

Heeft u een vraag of wilt u een beroep doen op uw verzekering?

Neem dan zo snel mogelijk contact op met uw accountmanager of adviseur. Post stuurt u naar Nieuwstaete Assuradeuren B.V. Postadres Postbus 2085, 1990 AB te Velsbroek.

Artikel 1 Wat is verzekerd?

a) Wie is verzekerd?

Verzekerd is de persoon die op het polisblad genoemd staat als verzekerde. De verzekeringnemer is degene die de verzekering heeft afgesloten en die we zo noemen op het polisblad. Ook in deze voorwaarden is dit 'de verzekeringnemer'. In deze voorwaarden noemen wij de verzekerde 'u'.

U bent lid van de Coöperatieve Vereniging Agrarische Bedrijfsverzorging u.a. (CVAB). Met het lidmaatschap krijgt u de mogelijkheid om deel te nemen aan de Reductieregeling en gebruik te maken van deze verzekering.

In deze voorwaarden noemen wij alle verzekerden 'u'. Tenzij wij een verzekerde specifiek willen noemen. De verzekeraar is N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij. De gevolmachtigde van de verzekeraar is Nieuwstaete Assuradeuren B.V., gevestigd aan de Zadelmakerstraat 140, 1991 JE Velsbroek. We noemen Bovemij en Nieuwstaete Assuradeuren 'we' of 'wij'.

b) Wat is verzekerd?

Verzekerd is:

- een uitkering als u arbeidsongeschikt bent.
- ondersteuning bij re-integratie. Wij staan u bij in het verminderen van uw arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces.
- een uitkering tijdens uw zwangerschap en bevalling, gedurende 16 weken minus de eigenrisicoperiode die u heeft gekozen.

Met arbeidsongeschiktheid bedoelen wij dat u voor minimaal 25% ongeschikt bent om werkzaamheden uit te voeren. Dit noemen wij de uitkeringsdrempel. Als op uw polisblad staat dat een ander percentage van toepassing is, geldt dat percentage. Deze arbeidsongeschiktheid moet objectief medisch vast te stellen zijn en stoornissen betreffen die het gevolg zijn van ziekte of een ongeval, waardoor u beperkt bent in uw functioneren. Deze stoornissen moeten vastgesteld zijn door een arts op

basis van medisch onderzoek. En de stoornissen moeten algemeen erkend zijn door de medische wetenschap. Met stoornissen bedoelen wij niet gebreken, persoonlijkheidsstoornissen, postcommotioneel syndroom of het postwhiplashsyndroom. Met een ongeval bedoelen wij een plotseling van buitenaf inwerkend geweld op het lichaam. Dit moet onvoorzien, onverwacht en ongewild zijn. En medisch vast te stellen lichamelijke letsel tot gevolg hebben.

Arbeidsongeschikt voor uw beroep of voor passende arbeid

U kunt verzekerd zijn voor arbeidsongeschiktheid voor uw beroep of voor passende arbeid. Dit staat op uw polisblad.

Met beroepsarbeidsongeschikt bedoelen wij of u de werkzaamheden in het verzekerde beroep kunt verrichten. Aanpassingen van werkzaamheden, werkomstandigheden en taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf betrekken we daarbij.

Met passende arbeid bedoelen wij de werkzaamheden die u nog kunt uitvoeren, uitgaande van uw krachten, bekwaamheden, opleiding en vroegere werkzaamheden. Zo bepalen wij welke werkzaamheden wij van u kunnen verlangen. Daarbij houden we geen rekening met de eventuele verminderde mogelijkheid tot het vinden van passend werk.

Rubriek A: de eerste 52 weken

Met rubriek A verzekert u een uitkering voor de eerste 52 weken dat u arbeidsongeschikt bent voor het beroep dat op uw polisblad staat. Voor rubriek A bent u dus standaard verzekerd voor beroepsarbeidsongeschiktheid.

Rubriek B: na de eerste 52 weken

Met rubriek B verzekert u een uitkering voor na de eerste 52 weken dat u arbeidsongeschikt bent. Voor rubriek B staat op uw polisblad of u verzekerd bent voor arbeidsongeschiktheid op basis van uw beroep of op basis van passende arbeid.

Bent u verzekerd voor beroepsarbeidsongeschiktheid? En heeft u binnen 3 jaar nadat u arbeidsongeschikt werd uw beroep of bedrijf beëindigd? Of uw (aandeel in het) bedrijf verkocht? Dan bent u vanaf de datum van beëindiging of verkoop voor rubriek B alleen nog verzekerd voor arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid. Tenzij wij vooraf met u anders overeenkomen.

c) Voor welk bedrag bent u verzekerd?

Op uw polisblad staan de verzekerde bedragen voor rubriek A en B.

Uw inkomen

Met inkomen bedoelen wij voor de ondernemer of beoefenaar van een zelfstandig beroep het bruto-jaarinkomen uit arbeid en/of winst uit onderneming, vermeerderd met het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden (volgens Wet inkomstenbelasting 2001). Het gaat dan om de belastbare winst vóór ondernemersaftrek en MKB winstrijstelling, plus de fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen. Met inkomen bedoelen wij voor de DGA het belastbare jaarloon (volgens Wet inkomstenbelasting 2001) plus het aan de DGA toe te rekenen deel van de belastbare winst van de BV. Of minus het aan de DGA toe te rekenen deel van het verlies van de BV. Het gaat dan om de belastbare winst of het verlies plus de fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen. Bestaat uw onderneming korter dan 3 jaar? Dan bepalen we in overleg met u het fictieve gemiddelde inkomen.

Optie om het verzekerd bedrag te verhogen of te verlagen

De verzekeringnemer mag het verzekerd bedrag jaarlijks per 1 januari verhogen of verlagen.

Voor verhogen gelden de volgende voorwaarden:



- de verhoging is maximaal 10% van het verzekerd bedrag in het jaar daaraan voorafgaand.
- u bent in de 6 maanden voorafgaand aan dit verzoek maximaal 14 dagen (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt geweest.
- het bereiken van de verzekerde eindleeftijd duurt nog langer dan 5 jaar.
- het verzekerd bedrag mag in combinatie met andere verzekeringen die voorzien in een periodieke uitkering bij arbeidsongeschiktheid maximaal 80% van het jaarinkomen zijn.

Verlagen mag alleen als het verzekerd bedrag niet lager wordt dan het minimaal te verzekeren bedrag op het moment dat u het verzoek tot verlaging indient.

Indexering van het verzekerd bedrag

Het verzekerd bedrag verhogen we jaarlijks op 1 januari met het percentage dat op uw polisblad staat voor indexering.

d) Wanneer bent u verzekerd?

U bent verzekerd vanaf de ingangsdatum tot de beëindigingsdatum van de verzekering. Deze periode noemen wij de looptijd. De arbeidsongeschiktheid moet ontstaan op een tijdstip binnen de looptijd van de verzekering.

Voorlopige dekking

Bij aanvraag van een nieuwe verzekering kan een voorlopige dekking door u worden aangevraagd. Na ontvangst van de complete aanvraag beoordeelt de medisch acceptant van Bovemij of een voorlopige dekking afgegeven kan worden. De voorlopige dekking biedt dekking voor arbeidsongeschiktheid uitsluitend als gevolg van een ongeval. De voorlopige dekking gaat in op de datum zoals vermeld in onze brief waarin dit schriftelijk wordt bevestigd en duurt maximaal 3 maanden. De voorlopige dekking bedraagt het aangevraagde verzekerde bedrag tot maximaal € 30.000,-.

De voorlopige dekking eindigt:

- op de dag dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering aanvangt.
- wanneer u niet binnen 30 dagen na ons verzoek een medische keuring ondergaat of door ons opgevraagde informatie naar ons stuurt.
- wanneer de aanvraag ingetrokken wordt of komt te vervallen.
- 14 dagen na de dag van verzending van de brief met afwijzing of acceptatievoorstel, waarin staat dat de verzekering niet of niet tegen normale voorwaarden geaccepteerd wordt.
- op de dag genoemd in onze brief waarin wij u schriftelijk informeren over de beëindiging van de voorlopige dekking.
- wanneer de maximale duur van 3 maanden zijn verstreken.

Wijzigt uw (gezondheids)situatie tijdens de voorlopige dekking? Dan moet u dit direct aan ons door geven. Dit is namelijk de grondslag van de verzekering. Lees meer hierover in de Algemene voorwaarden Inkomen.

Een ongeval moet u binnen 7 dagen aan ons melden. Hierbij zijn deze voorwaarden van toepassing. Wordt de verzekering overgesloten en ontvangt u uitkering van de vorige verzekeraar? Dan brengen wij deze uitkering in mindering op de uitkering vanuit de voorlopige dekking. Het kan zijn dat u voor het ongeval bekend was met een aandoening, ziekte of gebrek. In dat geval keren we hetzelfde uit als we zouden uitkeren als een geheel valide en gezond persoon het ongeval zou zijn overkomen. Is er voor het ongeval al een gedeeltelijk (functie)verlies van een orgaan of lichaamsdeel aanwezig? Dan verminderen wij de uitkering met een evenredig deel. Bijvoorbeeld een bestaande longfunctie van 60% die na een ongeval 30% is. In dit voorbeeld is

het functieverlies 50%. Bij een gezond persoon met een longfunctie van 100%, zou dit een functieverlies van 70% zijn.

De verzekering beëindigen

De verzekering eindigt:

- op de datum van overlijden van de verzekerde. Een ingegane uitkering betalen wij tot en met de laatste dag van de tweede maand die volgt op de maand waarin de verzekerde overleed.
- op de door u gekozen einddatum die op het polisblad staat. Vanaf deze datum vervalt ook ieder recht op een (ingegane) uitkering op grond van deze verzekering.
- op de datum dat de beroeps- of bedrijfsactiviteiten worden beëindigd. Tenzij er recht op uitkering bestaat. Dan geldt hoofdstuk 3.a 'Hoe stellen wij de uitkering vast?'.

De verzekeringnemer en wij kunnen de verzekering beëindigen.

In de Algemene voorwaarden Inkomen staat hoe en wanneer de verzekeringnemer de verzekering kan beëindigen.

Wij mogen de verzekering alleen beëindigen:

- per direct bij opzet van u of een verzekerde om ons te misleiden of bij fraude. Hoe wij omgaan met fraude leest u in de Algemene voorwaarden Inkomen.
- per direct als u de verplichtingen uit deze voorwaarden niet nakomt.
- aan het begin van een nieuw verzekeringsjaar dat volgt op een heel verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen. Wij moeten de opzegging doen binnen 1 kalendermaand na het verstrijken van het laatstgenoemde verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- als verzekeringnemer de premie die op de eerste premievervaldag verschuldigd is, niet op tijd heeft betaald of weigert te betalen. De verzekering eindigt bij weigering om te betalen, op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. De verzekering eindigt bij niet op tijd betalen, 2 kalendermaanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.
- als verzekeringnemer de vervolgpremie niet op tijd betaald of weigert te betalen. En wij verzekeringnemer na het verstrijken van de premievervaldag zonder resultaat hebben aangemaand de vervolgpremie te betalen. De verzekering eindigt bij weigering om te betalen op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. De verzekering eindigt bij niet op tijd betalen 2 kalendermaanden na de datum van de dagtekening van de opzeggingsbrief.
- binnen 2 kalendermaanden nadat wij hebben ontdekt dat u en/of verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet bent nagekomen. Of u daarbij de opzet had om ons te misleiden. Of wij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zouden hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- per direct nadat verzekeringnemer failliet is of surseance van betaling is verleend. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- per direct bij verkoop van uw bedrijf, beëindiging van de bedrijfsactiviteiten of als u geen personeel meer in dienst heeft.
- op de datum van opzegging door ons op grond van bepalingen in deze voorwaarden, namelijk:
 - o als uw uitkering stopt na beroeps- of bedrijfsbeëindiging en uw arbeidsongeschiktheid niet de



hoofdoorzaak is van de beëindiging, zie hoofdstuk 3.a 'Hoe stellen wij de uitkering vast'.

- o bij een risicowijziging, zie hoofdstuk 5.d 'Geef risicowijzigingen direct door'.

Behalve bovengenoemde situaties mogen wij deze verzekering niet opzeggen.

Artikel 2 Hoe bent u verzekerd?

a) Waarvoor bent u verzekerd?

U bent verzekerd voor een uitkering als u arbeidsongeschikt bent. U kunt verzekerd zijn voor een uitkering volgens rubriek A en rubriek B. Op uw polisblad staat:

- voor welke rubriek(en) u bent verzekerd.
- of u verzekerd bent voor beroepsarbeidsongeschiktheid of voor passende arbeid.
- het verzekerd bedrag per rubriek per jaar.
- hoe lang uw eigenrisicoperiode duurt.

Als eerste dag van arbeidsongeschiktheid geldt de dag dat aan de volgende 2 voorwaarden is voldaan: een arts heeft stoornissen bij u vastgesteld, en u kunt door deze stoornissen uw werkzaamheden (gedeeltelijk) niet verrichten.

Eigenrisicoperiode

De eigenrisicoperiode begint vanaf het moment dat u arbeidsongeschikt bent. Tijdens de eigenrisicoperiode heeft u geen recht op een uitkering. De eigenrisicoperiode wordt voor iedere periode van nieuwe arbeidsongeschiktheid toegepast. Bij toename van arbeidsongeschiktheid wordt de eigenrisicoperiode niet opnieuw toegepast. Bent u minder dan 28 dagen arbeidsongeschikt en wordt u opnieuw arbeidsongeschikt? Dan passen wij de eigenrisicoperiode niet opnieuw toe.

Uitkering volgens rubriek A

De uitkering van rubriek A begint op het moment dat uw eigenrisicoperiode voorbij is. De eigenrisicoperiode begint vanaf het moment dat u arbeidsongeschikt bent. De uitkering voor rubriek A eindigt 52 weken na het moment dat u arbeidsongeschikt werd. Of eerder, als dat is op:

- de einddatum van de verzekering.
- de dag dat u volgens deze verzekering geen recht meer heeft op een uitkering.

Uitkering volgens rubriek B

De uitkering van rubriek B begint 52 weken na het moment dat u arbeidsongeschikt werd. Als u deze gehele periode arbeidsongeschikt was. Of als u tussentijds minder dan 28 dagen arbeidsongeschikt was.

De uitkering eindigt op:

- de einddatum van de verzekering.
- de dag dat u volgens deze verzekering geen recht meer heeft op een uitkering.

Het kan dat de mate van uw arbeidsongeschiktheid wijzigt. In dat geval stellen wij uw arbeidsongeschiktheidspercentage opnieuw vast.

b) Waarvoor bent u nog meer verzekerd?

Uitkering bij zwangerschap

U bent verzekerd voor een uitkering bij uw zwangerschap en bevalling. De uitkering duurt 16 weken. Deze 16 weken verminderen wij met uw eigenrisicoperiode. De uitkering begint op zijn vroegst 6 weken voor de uitgerekende datum van uw bevalling en is 100% van het verzekerd bedrag voor rubriek A.

Bent u arbeidsongeschikt door complicaties tijdens de zwangerschap of de bevalling? Dan gelden de

voorwaarden die horen bij de uitkering voor rubriek A en rubriek B.

Let op: u bent alleen verzekerd voor een uitkering bij zwangerschap als de uitgerekende bevallingsdatum minimaal 2 jaar na de ingangsdatum van de verzekering is.

c) Wat is niet verzekerd?

Niet verzekerd is arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

- opzet of grove schuld van u. Of van iemand die belang heeft bij deze verzekering.
- bovenmatig gebruik van alcohol.
- een ongeval op het moment dat uw bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger is, of uw ademalcoholgehalte 350 microgram µg/l of hoger is. Of als wij informatie hebben over de toedracht van het ongeval waaruit in redelijkheid blijkt dat het ongeval een gevolg is van overmatig alcoholgebruik.
- gebruik van geneesmiddelen of verdovende, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen. Tenzij u kunt aantonen dat u een dergelijk middel op en volgens medisch voorschrift gebruikt.
- een ongeval tijdens deelname aan of voorbereiding van een gevaarlijke sport, zoals:
 - o snelheids- en behendigheidswedstrijden met motorrij- en motorvaartuigen, of het rijden op een circuit.
 - o bergbeklimmen en abseilen.
 - o parachutespringen en deltavliegen
 - o diepzeeduiken.

Een sport is gevaarlijk als deze naar

maatschappelijke normen gevaarlijk wordt gevonden.

U heeft geen recht op een uitkering gedurende de periode dat u gedetineerd bent. Dit geldt in ieder geval tijdens voorlopige hechtenis, gevangenisstraf en terbeschikkingstelling van de regering (tbs) en overal in de wereld.

Bent u gedeeltelijk arbeidsongeschikt en benut u niet uw arbeidsvermogen? Dan is een toename van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekerd. En bij een afname van uw arbeidsongeschiktheid, verlagen of beëindigen wij uw uitkering.

d) Vergoeding van kosten

Wij vergoeden kosten die worden gemaakt om arbeidsongeschiktheid te voorkomen of te verminderen. Maar alleen als wij vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven om deze kosten te maken. En voor zover deze niet vergoed worden op grond van een andere verzekering of voorziening waarop u recht heeft. Het gaat om de volgende kosten:

– Re-integratie

De gemaakte kosten voor re-integratie die niet behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

– Revalidatie

De gemaakte kosten voor revalidatie die niet behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling.

– Her- of omscholing

De gemaakte kosten voor her- of omscholing bedoeld voor (gedeeltelijk) herstel van het arbeidsvermogen.

– Arbeidsdeskundige hulp

De gemaakte kosten voor arbeidsdeskundige hulp, begeleiding en advies.

– Preventie

De gemaakte kosten voor preventieve maatregelen en voorzieningen om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.



Artikel 3 Hoe bepalen wij de uitkering?

a) Hoe stellen wij de uitkering vast?

De hoogte van de uitkering hangt af van de mate van arbeidsongeschiktheid. De mate van arbeidsongeschiktheid stellen wij vast aan de hand van informatie van u en verzekeringnemer en van medische en andere deskundigen. Zodra wij deze hebben vastgesteld, informeren wij u daar zo spoedig mogelijk over.

Bij het vaststellen van het arbeidsongeschiktheidspercentage hanteren wij als uitgangspunt een werkweek van maximaal 64 uur. Dit houdt in dat het werkelijk aantal uren wordt vervangen door het maximum aantal uren.

Voorbeeld: u werkt 70 uur per week en door arbeidsongeschiktheid kunt u nog 30 uur per week uw werkzaamheden uitvoeren. We vervangen het werkelijk aantal uren van 70 door 64. Van deze uren werkt u 34 uur niet. Vervolgens delen we de niet-gewerkte uren van 34 door het maximum aantal uren van 64. In dit voorbeeld betekent dit dat u voor 53% arbeidsongeschikt wordt verklaard en een uitkering krijgt van 50% van het verzekerde bedrag.

Als u het niet eens bent met ons standpunt dan mag u om een nieuw medisch of arbeidskundig onderzoek vragen. Dit noemen we een second opinion. Wij vergoeden (een deel van) de kosten van dit onderzoek als u hiervoor onze schriftelijke toestemming heeft. In de onderstaande tabel staat welke percentages van arbeidsongeschiktheid wij gebruiken voor de hoogte van de uitkering.

Mate van arbeidsongeschiktheid	Uitkering voor rubriek A en B
Van 25% tot 35%	30% van het verzekerd bedrag
Van 35% tot 45%	40% van het verzekerd bedrag
Van 45% tot 55%	50% van het verzekerd bedrag
Van 55% tot 65%	60% van het verzekerd bedrag
Van 65% tot 80%	75% van het verzekerd bedrag
Van 80% tot 100%	100% van het verzekerd bedrag

Wij berekenen de uitkering per dag. Dit doen wij door het verzekerd bedrag te delen door 360. Elke maand bestaat uit 30 uitkeringsdagen.

Indexering van de uitkering

Elk jaar op 1 januari verhogen wij de uitkering met het percentage dat op uw polisblad staat. Dit noemen wij indexeren.

De uitkering na beroeps- of bedrijfsbeëindiging of wijziging van beroep

Na beroeps- of bedrijfsbeëindiging of wijziging van beroep tijdens uw arbeidsongeschiktheid kunnen er voor uw uitkering 2 situaties ontstaan.

In de eerste situatie is uw arbeidsongeschiktheid de hoofdoorzaak van de beëindiging of wijziging. In dit geval blijft uw verzekering ongewijzigd doorlopen zolang u arbeidsongeschikt bent. Tenzij deze verzekering is opgezegd. Dan is een toename van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekerd.

In de tweede situatie is uw arbeidsongeschiktheid niet de hoofdoorzaak van de beëindiging of wijziging. In deze situatie is een toename van uw arbeidsongeschiktheid niet verzekerd. En bij een afname van uw

arbeidsongeschiktheid, verlagen of beëindigen wij uw uitkering. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt beoordeeld op basis van passende arbeid. Bij beëindiging van uw uitkering, beëindigen wij ook uw verzekering.

b) Wij betalen zo snel mogelijk

Wij stellen vast op welk bedrag u recht heeft. Daarna betalen wij zo snel mogelijk. Wij betalen per maand achteraf over de dagen waarop u recht heeft op een uitkering. Wij betalen aan de verzekeringnemer. Tenzij wij met de verzekeringnemer hebben afgesproken aan iemand anders te betalen.

Wij mogen openstaande premie verrekenen met uw uitkering als de betalingstermijn van die premie is verstreken.

Hebben wij meer uitgekeerd dan waar u recht op had? Of hebben wij uitgekeerd terwijl u helemaal geen recht op een uitkering had? Dan verrekenen wij het ten onrechte of te veel betaalde met toekomstige uitkeringen. Of u moet het ten onrechte of te veel betaalde terugbetalen binnen 30 kalenderdagen nadat wij u hierover bericht sturen. Bij het verstrijken van deze betalingstermijn moet u vanaf de dag waarop de betalingstermijn is verstreken ook wettelijke rente en incassokosten betalen.

c) Voor de vaststelling van de uitkering geldt een aantal regels

Naast de verplichtingen die in de Algemene voorwaarden Inkomen staan, gelden voor deze verzekering ook de volgende verplichtingen.

Uw verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

U bent het volgende verplicht in het geval van arbeidsongeschiktheid:

- ons zo spoedig mogelijk informeren over uw arbeidsongeschiktheid, uiterlijk binnen 28 dagen. Doet u dit niet en zijn daardoor onze belangen geschaad, dan verlengen wij uw eigenrisicoperiode met het aantal dagen dat u deze periode overschrijft.
- als wij daarom vragen, een opgave doen van alle inkomensgegevens die wij voor de claimbeoordeling nodig hebben, waaronder de aangiften inkomstenbelasting en de jaarrekeningen van uw bedrijf inclusief de verlies- en winstrekening met de toelichting daarop vanaf de 3 volledige kalenderjaren die voorafgaan aan die van het jaar waarin de eerste dag van arbeidsongeschiktheid was.
- geen ander beroep - dan het beroep dat op het polisblad staat - uitoefenen waaruit u inkomen krijgt. Tenzij u daarvoor onze schriftelijke toestemming heeft.
- als u verzekerd bent voor arbeidsongeschiktheid op basis van uw beroep, moet u alle medewerking verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden. En ook taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf, die wij van u kunnen verlangen om herstel en vermindering van uw arbeidsongeschiktheid te bevorderen. Als u deze verplichting niet nakomt, mogen wij uw arbeidsongeschiktheid vaststellen op basis van passende arbeid.
- als u verzekerd bent voor arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid, moet u alle medewerking verlenen aan het realiseren van mogelijkheden om uw arbeidsongeschiktheid te verminderen en terug te keren in het arbeidsproces.
- als wij dat vragen, u zich te laten onderzoeken door een arts die wij aanwijzen. De kosten daarvoor vergoeden wij.

Let op: als een verplichting niet is nagekomen en onze belangen daardoor zijn of worden geschaad, vervalt het recht op uitkering.



Overdracht van rechten

Het is niet mogelijk het recht op uitkering te belenen, vervreemden, in pand te geven of op andere manier tot voorwerp van zekerheid te maken. Dit geldt ook als u opzettelijk onjuiste informatie geeft, om ons te misleiden.

Artikel 4 Productmodule Persoonlijke ongevallen

Als u gekozen heeft voor een ongevallendeckking bent u verzekerd voor een bedrag dat wij uitkeren bij overlijden of blijvende invaliditeit door een ongeval. Op uw polisblad staat of u hiervoor verzekerd bent.

a) Voor welk bedrag bent u verzekerd?

Rubriek A: overlijden

Op het polisblad staat het bedrag dat we in geval van overlijden uitkeren. Dit is het verzekerde bedrag. Het kan zijn dat wij een uitkering hebben gedaan voor blijvende invaliditeit, maar dat diegene later toch overlijdt als gevolg van het ongeval. In dat geval verminderen wij de uitkering bij overlijden met de uitkering die wij deden voor blijvende invaliditeit. Als de uitkering voor blijvende invaliditeit hoger was dan die voor overlijden, vorderen wij het meerdere niet terug.

Rubriek B: blijvende invaliditeit

Op het polisblad staat het bedrag dat we in geval van blijvende invaliditeit maximaal uitkeren. Dit is het maximaal verzekerde bedrag en inclusief eventuele wettelijke rente.

Is de blijvende invaliditeit het gevolg van meerdere ongevallen? Dan keren wij maximaal het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit zoals vermeld op het polisblad uit.

Hoeveel betalen wij maximaal? Ook als het verzekerde bedrag dat op het polisblad staat hoger is. Wij betalen in totaal maximaal € 230.000,- voor de verzekerde. Of maximaal € 1.365.000,- per gebeurtenis voor alle verzekerden samen.

Het kan zijn dat bij de vaststelling van de uitkering(en) per gebeurtenis blijkt dat de uitkering hoger zou zijn dan € 1.365.000,-. In dat geval keren wij naar rato uit per verzekerde.

b) Wanneer bent u verzekerd?

U bent verzekerd vanaf de ingangsdatum tot de beëindigingsdatum van de productmodule Persoonlijke ongevallen. Deze periode noemen wij de looptijd. Het ongeval moet plaatsvinden op een tijdstip binnen de looptijd.

U en wij kunnen deze productmodule beëindigen. In de Algemene voorwaarden Inkomens leest u hoe.

c) Waarvoor bent u verzekerd?

U bent verzekerd voor overlijden (rubriek A) en blijvende invaliditeit (rubriek B) als dit het gevolg is van een ongeval. Wij keren een bedrag uit als de verzekerde als gevolg van dit ongeval binnen 3 jaar overlijdt of blijvend invalide wordt.

Met blijvende invaliditeit bedoelen wij een geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van een deel van het lichaam of van een orgaan.

Met een ongeval bedoelen wij een plotseling van buitenaf inwerkend geweld op het lichaam. Dit moet onvoorzien, onverwacht en ongewild zijn. En medisch vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg hebben. Het overlijden of de blijvende invaliditeit die ontstaat door het ongeval moet een rechtstreeks en direct gevolg zijn van dit geweld. En het letsel moet leiden tot de blijvende invaliditeit of het overlijden.

Met een ongeval bedoelen we ook:

- verbranding, bevriezing, blikseminslag, elektrische ontlading, verdrinking, verstikking en zonnesteek.
- het binnenkrijgen van ziektekiemen door een onvrijwillige val in het water of in een andere vloeistof.

- wondinfectie en bloedvergiftiging die het rechtstreeks gevolg is van een ongeval.
- verergering of complicaties van letsel die het rechtstreeks gevolg is van de eerste hulp of de medische behandeling na een ongeval.
- acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van giftige stoffen, anders dan virussen of bacteriële ziektekiemen. Let op: daarmee bedoelen we niet alcohol of verdovende, opwekkende, slaap- en geneesmiddelen, waaronder soft- en harddrugs.
- uitputting, verhoging of verdorping als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld.
- miltvuur (antrax), ringvuur (trichofytie), ziekte van Bang (brucellose), sarcoptes-schurft en koepokken (vaccinia).

Een ongeval is niet het ontstaan of de verergering van een ingewandsbreuk (hernia) of een uitstulping van de tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi).

d) Wat is beperkt verzekerd?

Bestaande aandoeningen

Het kan zijn dat u voor het ongeval bekend was met een aandoening, ziekte of gebrek. In dat geval keren we hetzelfde uit als we zouden uitkeren als een geheel valide en gezond persoon het ongeval zou zijn overkomen. Is er voor het ongeval al een gedeeltelijk (functie)verlies van een orgaan of lichaamsdeel aanwezig? Dan verminderen wij de uitkering met een evenredig deel. Bijvoorbeeld een bestaande longfunctie van 60% die na een ongeval 30% is. In dit voorbeeld is het functieverlies 50%. Bij een gezond persoon met een longfunctie van 100%, zou dit een functieverlies van 70% zijn.

Whiplash

De uitkering is bij een whiplash maximaal 3% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit. Met whiplash bedoelen wij een acceleratie-/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom, waarbij sprake is van klachten, maar zonder objectieve verschijnselen. En waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het whiplashsyndroom die zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Aanwijzingen voor afwijkingen uit hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of vestibulair onderzoek, geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 3%.

e) Wat is niet verzekerd?

U bent niet verzekerd voor een ongeval:

- door opzet of grove schuld van u. Of van iemand die belang heeft bij deze verzekering.
- door zelfverminking en (poging tot) zelfmoord. Het maakt daarbij niet uit of u al dan niet toerekeningsvatbaar was.
- bij vechtpartijen of waagstukken. Tenzij het gaat om rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of zaken.
- door ziekte of door geneeskundige behandeling (ook bestraling). Tenzij de behandeling het gevolg is of in verband staat met een verzekerde ongeval.
- dat (mede) is veroorzaakt door uw gebruik van alcohol, geneesmiddelen, soft- en harddrugs en verdovende, slaapverwekkende, opwekkende of soortgelijke middelen. U als bestuurder of verkeersdeelnemer bent ook niet verzekerd als u heeft geweigerd mee te werken aan een ademtest, bloed- of urineproef. Of een ander onderzoek door bevoegde overheidsbeambten. Het ongeval blijft verzekerd als u kunt bewijzen dat er geen verband bestaat tussen het ongeval en het gebruik van die middelen.
- door bovenmatig gebruik van alcohol of door ander gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende,



verdoevende of opwekkende middelen. Tenzij dit is op medisch voorschrift.

- tijdens deelname aan of voorbereiding van:
 - o snelheids-, record-, prestatie- en betrouwbaarheidswedstrijden met motorrijtuigen en motorvaartuigen. Tenzij op het polisblad staat dat dit wel is verzekerd.
 - o ski-, slede-, ijshockey-, skelter- of rugbywedstrijden.
 - o beroepssport of gevechtssport.
 - o wedstrijden met motorrijtuigen, rijwielen of paarden.
 - o berg- of gletsjertochten die normaal gesproken niet zonder een gids gemaakt worden.
 - o ontdekkingsreizen.
- tijdens het beoefenen van een gevaarlijke sport zoals abseilen, bungee- of basejumping. Een sport is gevaarlijk als deze naar maatschappelijke normen gevaarlijk wordt gevonden.
- tijdens deelname aan het luchtverkeer. Dat geldt niet als u als passagier verblijft in een luchtvaartuig dat voor passagiersvervoer is ingericht. En dit luchtvaartuig voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt.
- tijdens deelname als amateurzweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig. Dit geldt niet als het vliegtuig wordt bediend door een piloot met een geldig zweefvliegbrevet.
- tijdens of door onderwatersport met onderwater-apparatuur.

f) Hoe stellen wij de uitkering vast?

Het recht op een uitkering na een ongeval beoordelen wij aan de hand van de informatie van medische en andere deskundigen. Hieronder leest u hoe wij de uitkering vaststellen.

Overlijden

De uitkering voor overlijden stellen wij vast nadat wij het onderzoek naar het ongeval, de doodsoorzaak en het verband tussen beide hebben afgesloten.

Blijvende invaliditeit

Wij stellen de mate van blijvende invaliditeit vast zodra er sprake is van een blijvende medische eindtoestand. Maar uiterlijk 3 jaar na het ongeval. Op dat moment stellen we ook de uitkering vast.

Wij stellen de mate van blijvende invaliditeit in Nederland vast. Het maakt daarbij niet uit of u op het moment van het ongeval of daarna in het buitenland bent. Als dat zo is, moet u op eigen kosten naar Nederland komen. Doet u dat niet, dan heeft u geen recht op een uitkering. Tenzij wij dat anders hebben afgesproken.

De hoogte van de uitkering voor blijvende invaliditeit hangt af van de mate van blijvende invaliditeit. Het percentage waarvoor u invalide bent, vermenigvuldigen wij met het verzekerde bedrag. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit houden wij geen rekening met uw beroep of bezigheden. Ook houden wij geen rekening met de psychische reactie op het ongeval, het lichamelijke letsel of de blijvende invaliditeit, die daardoor wordt veroorzaakt.

In de onderstaande tabel staat welke percentages van blijvende invaliditeit wij gebruiken.

In niet in de tabel vermelde gevallen van functieverlies stellen wij de uitkering vast op basis van de mate van blijvende invaliditeit voor het gehele lichaam. De mate van functieverlies stellen wij dan vast volgens de meest recente normen van de American Medical Association (A.M.A.) en de meest recente richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging.

Uitkeringspercentage bij blijvende invaliditeit

Volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties door traumatische beschadiging van de hersenen	100%
Volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik door traumatische beschadiging van de hersenen	90%
Algehele ongeneeslijke verlamming	100%
Geheel verlies of functieverlies van:	
De arm tot in het schoudergewricht	75%
De hand tot in het polsgewricht	60%
Het been tot in het heupgewricht	70%
Het been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	60%
De voet tot in het enkelgewricht of het been tussen enkel- en kniegewricht	50%
De grote teen	10%
Iedere andere teen	5%
De duim	25%
De wijsvinger	15%
De middelvinger	12%
De ringvinger of de pink	10%
Bij samengesteld vinger- of handletsel keren wij nooit meer uit dan 60% van het verzekerde bedrag.	
Reuk	15%
Smaak	5%
Nier of milt	10%
Geheel verlies van:	
Het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
Het gezichtsvermogen van 1 oog	30%
Als bij verlies van het gezichtsvermogen aan 1 oog al 30% is uitgekeerd, zal bij verlies van het vermogen aan het tweede oog nog 70% worden uitgekeerd	
Het gehoor van beide oren	50%
Het gehoor van 1 oor	20%
Als bij verlies van 1 oor al 20% is uitgekeerd, zal bij verlies van het gehoor van het tweede oor nog 30% worden uitgekeerd.	
Gedeeltelijk verlies:	
Bij een gedeeltelijk (functie)verlies vermenigvuldigen wij dat percentage (functie)verlies met het percentage dat in de rechter kolom staat. Bijvoorbeeld 40% functieverlies van de duim vermenigvuldigd met de 25% uit de rechter kolom. De uitkomst vermenigvuldigen wij met het verzekerde bedrag.	

Het kan zijn dat u overlijdt voordat wij de mate van blijvende invaliditeit hebben vastgesteld. In dat geval geven wij geen uitkering voor blijvende invaliditeit, maar volgt een uitkering voor overlijden. Dit geldt niet als het overlijden geen rechtstreeks en direct gevolg is van het ongeval. Dan stellen wij de mate van blijvende invaliditeit vast op basis van de laatst bij ons bekende gegevens. De hoogte van de uitkering is in dit geval even hoog als dat de uitkering zou zijn als de werknemer niet was overleden.

g) Wie krijgt de uitkering?

De verzekeringnemer krijgt de uitkering. Tenzij de verzekerde door het ongeval overlijdt. Dan gaat de uitkering naar de wettelijke erfgenamen van de verzekerde. Het kan zijn dat er na het overlijden geen wettelijke erfgenaam is voor de uitkering. In dat geval vervalt het recht op uitkering. Nooit zal de uitkering vervallen aan de Staat. En ook nooit stellen wij de uitkering beschikbaar om de schulden van de verzekerde te betalen.



h) Wanneer betalen wij wettelijke rente?

Wij verhogen de uitkering met de wettelijke rente vanaf 2 jaar nadat het ongeval bij ons is gemeld. Tot het moment waarop wij de uitkering hebben vastgesteld. Wij vergoeden de wettelijke rente over het bedrag dat wij uitkeren.

i) Voor de vaststelling van de uitkering geldt een aantal regels

Uw verplichtingen

U bent verplicht om bij een ongeval:

- ons hierover zo spoedig mogelijk te informeren, uiterlijk binnen 14 dagen.
- als wij daarom vragen, zich te laten opnemen in een ziekenhuis of andere medische inrichting die wij aanwijzen. De kosten van die opname komen voor onze rekening.

De verplichtingen van een erfgenaam

Uw erfgenamen zijn verplicht om bij een ongeval:

- alles in het werk te stellen om de gevolgen van het ongeval te beperken.
- ons zo spoedig mogelijk te informeren als de verzekerde in direct levensgevaar bent.
- ons zo spoedig mogelijk maar in ieder geval 48 uur voor de begrafenis of de crematie te melden dat de verzekerde is overleden.
- hun toestemming en medewerking te geven voor alle acties die wij nodig vinden om de doodsoorzaak vast te stellen.

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht volledig mee te werken aan de verplichtingen door verzekerde en erfgenaam.

Let op: als een verplichting niet is nagekomen en onze belangen daardoor zijn of worden geschaad, vervalt het recht op een uitkering.

Informeert u of uw erfgenaam ons later dan 3 jaar na het ongeval? Dan is er geen recht meer op een uitkering.

Artikel 5 5 Wat moet u nog meer weten?

a) Uw verzekering en de voorwaarden

Er gelden meerdere voorwaarden voor uw verzekering, namelijk:

- de Algemene voorwaarden Inkomen.
- deze voorwaarden.
- uw polisblad.
- de clausules die op het polisblad staan.

Bij tegenstrijdigheid gelden eerst de clausules, dan het polisblad, dan deze voorwaarden en als laatste de Algemene voorwaarden Inkomen.

b) Hoe bepalen wij de premie?

Wij berekenen de premie op basis van het verzekerde bedrag en uw premiepercentage. Het premiepercentage stellen wij vast op basis van:

- uw leeftijd bij aanvang van de verzekering
- verzekerde eindleeftijd
- beroepsklasse
- sommen- of schadeverzekering
- duur eigenrisicoperiode
- uitkeringsdrempel
- indexatie van verzekerd bedrag en/of uitkering

De premie wordt bij de aanvang van de verzekering vastgesteld.

Wij indexeren het verzekerd bedrag elk jaar met het percentage dat op uw polisblad staat. Als de premie om deze reden hoger wordt, geeft dat geen recht om de verzekering op te zeggen. De indexering geldt niet voor de productmodule Persoonlijke ongevallen.

Als de premie hoger wordt omdat u een leeftijdsgrens bereikt, geeft dat ook geen recht om de verzekering op te zeggen.

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

In het geval dat u een uitkering ontvangt op basis van rubriek B, hoeft u alleen premie te betalen over het deel dat u niet arbeidsongeschikt bent. Wij kijken daarbij naar het uitkeringspercentage dat voor u is vastgesteld. Met hetzelfde percentage verminderen wij uw premie. U ontvangt de premie terug na afloop van het kalenderjaar. Zolang u recht heeft op teruggave van premie, kunt u deze verzekering niet wijzigen zonder onze toestemming.

Premievrije periode

Vanaf 1 jaar voor het bereiken van de einddatum van de verzekering hoeft u geen premie te betalen. Wanneer u heeft gekozen voor een eigenrisicoperiode van 2 jaar, hoeft u vanaf 2 jaar voor de einddatum van de verzekering geen premie te betalen.

c) Opgave van uw inkomen

U bent verplicht een opgave te doen van uw inkomen, als wij u hierom vragen. En ons inzage te geven in de relevante financiële stukken.

d) Geef risicowijzigingen direct door

U en de verzekeringnemer zijn verplicht ons zo snel mogelijk – en uiterlijk binnen 30 dagen - schriftelijk te informeren als:

- u uw beroep dat op het polisblad staat, wijzigt. Of als de aan uw beroep verbonden werkzaamheden veranderen.

Als wij die informatie niet ontvangen, is er alleen recht op een uitkering als wij vinden dat de wijziging:

- o geen verzwaring van het risico is.
- o wel verzwaring van het risico is, maar dit leidt tot bijzondere voorwaarden of premieverhoging. Bij een beroep op deze verzekering passen we dan die bijzondere voorwaarden toe. En bij een premieverhoging keren wij uit in de verhouding die de eerdere premie heeft tot de nieuwe verhoogde premie. Bij bedrijfsbeëindiging als gevolg van bestaande arbeidsongeschiktheid, beëindigen wij de uitkering niet, zolang u arbeidsongeschikt bent.

- u voor langer dan 2 maanden naar het buitenland vertrekt.
- u geheel of gedeeltelijk bent gestopt met uw beroep. Tenzij dit het gevolg is van arbeidsongeschiktheid.
- u verplicht verzekerd wordt voor de sociale wetgeving. Of een andere verplichte voorziening die recht geeft op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
- aan u, de verzekeringnemer of het bedrijf van een van beiden surseance van betaling of een schuldsaneringsregeling is verleend.
- voor u, de verzekeringnemer of het bedrijf van een van beiden faillissement is aangevraagd.
- de verzekeringnemer geen of minder verzekeraar belang heeft bij wat er verzekerd is. Daar is in ieder geval sprake van als u geen inkomsten heeft uit uw beroep. Tenzij dit het gevolg is van arbeidsongeschiktheid.

Let op:

- zolang er (gedeeltelijke) premievrijstelling bestaat, kan de polis niet worden gewijzigd zonder onze schriftelijke toestemming.
- als u of verzekeringnemer de bovenstaande wijzigingen niet doorgeeft en onze belangen daardoor zijn of worden geschaad, vervalt het recht op uitkering.

Bij een risicowijziging mogen wij de verzekering beëindigen of aanpassen

In de hierboven genoemde gevallen, mogen wij de verzekering beëindigen of andere voorwaarden stellen. Zoals een wijziging van de premie of verlaging van het



verzekerd bedrag. Wij informeren de verzekeringnemer schriftelijk over onze beslissing.

De verzekeringnemer mag de wijziging schriftelijk weigeren binnen 30 dagen nadat wij hem hebben geïnformeerd. Dan beëindigen wij de verzekering per de datum dat de nieuwe voorwaarden in zouden gaan.