

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

Inhoud

Hoofdstuk 1 – Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Begrippenlijst

Hoofdstuk 2 – Te verzekeren risico

Artikel 2 Wat is het doel van de verzekering?

Artikel 3 Welke documenten horen bij de verzekering?

Artikel 4 Welke extra voorwaarden gelden de eerste 3 jaar dat uw verzekering loopt?

Hoofdstuk 3 – Verandering van het verzekerd bedrag

Artikel 5 Waarom vragen wij elke 3 jaar naar het inkomen van verzekerde?

Artikel 6 Hoe verhogen we jaarlijks de verzekerde bedragen?

Hoofdstuk 4 – Schade, schaderegeling en uitkering

Artikel 7 Wat moeten u en verzekerde doen als de verzekerde arbeidsongeschikt is?

Artikel 8 Hoe beoordelen we wat voor uitkering u krijgt?

Artikel 9 Wanneer krijgt u geen uitkering?

Artikel 10 Hoe berekenen we uw uitkering?

Artikel 11 Hoe betalen we uw uitkering?

Artikel 12 U bent het niet eens met onze beslissing over uw uitkering. Voor wanneer moet u ons dit melden?

Artikel 13 Is de arbeidsongeschiktheid na meer dan 3 jaar gemeld bij ons?

Artikel 14 Wanneer stopt uw uitkering?

Artikel 15 Wat gebeurt er met uw uitkering als de verzekering stopt?

Hoofdstuk 5 - Premie

Artikel 16 Hoe bepalen we de premie?

Artikel 17 Wanneer moet u de premie betalen en wat gebeurt er als u de premie niet of niet op tijd betaalt?

Artikel 18 Wanneer betalen we premie terug?

Artikel 19 Wanneer hoeft u minder of geen premie te betalen?

Hoofdstuk 6 – Wijziging van de verzekering

Artikel 20 Wanneer kunnen we de premie en de voorwaarden veranderen?

Artikel 21 Wat moet u doen als de verzekerde van beroep of werk verandert?

Artikel 22 Welke andere veranderingen moet u of de verzekerde aan ons melden?

Artikel 23 Kunt u de rechten uit deze verzekering aan iemand anders geven?

Hoofdstuk 7 – Einde van de verzekering

Artikel 24 Wanneer eindigt de verzekering?

Artikel 25 Kunnen wij de verzekering opzeggen?

Hoofdstuk 8 – Extra dekkingen

Artikel 26 Wat gebeurt er als de verzekerde een ongeval krijgt?

Artikel 27 Wanneer vergoeden we kosten van preventie en re-integratie?

Artikel 28 Welke rechten hebt u bij zwangerschap van de verzekerde?

Artikel 29 Vergoeden we preventief medisch onderzoek?

Artikel 30 Heeft iemand anders de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt?

Artikel 31 Terrorismedekking

Hoofdstuk 9 – Slotbepalingen

Artikel 32 Welk adres gebruiken wij?

Artikel 33 Wat doen wij met uw persoonsgegevens?

Artikel 34 Welk recht is op deze overeenkomst van toepassing?

Artikel 35 Waar kunt u uw klacht naartoe sturen?

Bijlage 1: Bijzondere voorwaarden verhaalsbijstanddekking

Bijlage 2: Bijzondere voorwaarden dekking bij terrorisme

Bijlage 3: Bijzondere voorwaarden persoonlijke ongevallenverzekering

Hoofdstuk 1

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Begrippenlijst

1. Verzekeraar - wij

Wij zijn: ASR Schadeverzekering N.V., Archimedeslaan 10, 3584 BA, Utrecht. We zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 30031823.

2. Verzekerde

De persoon van wie de arbeidsongeschiktheid bij ons verzekerd is. Wie dat is, staat op het polisblad. Vaak bent u dat zelf. In deze voorwaarden spreken we over de verzekerde als hij en hem. Bij de vrouwelijke verzekerde kunt u dit lezen als zij en haar.

3. Verzekeringnemer - u - uw

De persoon of de organisatie die de verzekeringsovereenkomst met ons heeft gesloten. Wie dat is, staat op het polisblad.

4. Medisch adviseur

De medisch adviseur is een arts in dienst van ASR Schadeverzekering N.V.. Of een arts die in opdracht van ASR Schadeverzekering N.V. werkt. De medisch adviseur geeft ons advies over de gezondheid van de verzekerde en de invloed daarvan op het werk van de verzekerde.

5. Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige is een specialist in dienst van ASR Schadeverzekering N.V.. Of een specialist die in opdracht van ASR Schadeverzekering N.V. werkt. Een arbeidsdeskundige is specialist in mens, werk en inkomen. De arbeidsdeskundige stelt de gevolgen vast van de arbeidsongeschiktheid op het werk en inkomen van de verzekerde. In overleg met de verzekerde zoekt hij naar mogelijkheden om de verzekerde terug te laten keren in het arbeidsproces en naar herstel van zijn inkomen.

6. Inkomen

a. Voor de ondernemer en de beoefenaar van een zelfstandig beroep: de belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het gaat om de belastbare winst voor ondernemersaftrek en MKB winstvrijstelling. Zijn er afschrijvingen op bedrijfsmiddelen fiscaal afgetrokken? Dan tellen we deze bij de belastbare winst op.

b. Voor de directeur-groootaandeelhouder: het belastbare loon van de directeur-groootaandeelhouder, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. Het deel van de belastbare winst van de BV dat aan de directeur-groootaandeelhouder is toe te rekenen, tellen we bij het belastbare loon op. Ging het om een verlies, dan trekken we dat van het belastbare loon af. Heeft de BV afschrijvingen op bedrijfsmiddelen fiscaal afgetrokken? Dan tellen we deze bij de belastbare winst of het verlies van de BV op.

7. Gemiddelde inkomen

Het totaal aan inkomen dat de verzekerde in de 3 kalenderjaren voorafgaand aan het moment van vaststellen heeft verdiend gedeeld door 3.

8. Verzekerbaar belang

Dit is het inkomen dat u kunt verzekeren. Het is maximaal 90% van het gemiddelde inkomen van verzekerde over de afgelopen 3 kalenderjaren. Zijn er nog andere verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid van verzekerde? Dan geldt het maximum voor alle verzekeringen samen.

9. Vergelijkingsinkomen

a. Het gemiddelde inkomen over de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

b. Voor een startende ondernemer geldt als vergelijkingsinkomen het verzekerde bedrag. Dit geldt alleen voor de eerste 3 volledige kalenderjaren na het begin als zelfstandige. Daarna geldt het gemiddelde inkomen over de 3 kalenderjaren voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.

c. Het vergelijkingsinkomen wordt jaarlijks verhoogd. We indexeren met het indexcijfer 'cao-lonen per maand inclusief bijzondere beloningen'. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent dit indexcijfer.

10. Financieel nadeel

a. Van financieel nadeel is sprake als het inkomen door de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde lager is dan het vergelijkingsinkomen.

b. Het bepalen van financieel nadeel gebeurt voor het eerst als de verzekerde langer dan een jaar arbeidsongeschikt is.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

- c. Bij het vaststellen van het inkomen tijdens arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid niet meegerekend.
- d. Zijn er omstandigheden binnen de eigen onderneming of binnen het werk die het inkomen van de verzekerde beïnvloeden? En deze omstandigheden zijn niet het gevolg van de arbeidsprestatie die de verzekerde zelf heeft verricht? Dan laten wij deze omstandigheden (bijvoorbeeld meer/minder meewerken van de partner) buiten beschouwing. Het gaat dus om het inkomen dat de verzekerde nog verdient met zijn eigen arbeidsprestatie.
- e. Wordt het inkomen van de verzekerde bij arbeidsongeschiktheid beïnvloed door factoren waar verzekerde zelf geen invloed op heeft, dan zullen wij het vergelijkingsinkomen corrigeren met dezelfde factoren. Wij zullen hierbij zoveel mogelijk gebruik maken van de cijfers die op dat moment bekend zijn voor de bedrijfstak waarin de verzekerde werkzaam is. Zijn deze cijfers niet beschikbaar, of zijn ze niet toepasbaar, dan zullen wij deze factoren in goed overleg met u vaststellen.
11. **Rubriek A**
De eerste 365 dagen van arbeidsongeschiktheid.
12. **Rubriek B**
De periode van arbeidsongeschiktheid na de eerste 365 dagen.
13. **Arbeidsongeschiktheid**
De verzekerde is alleen arbeidsongeschikt als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- Er is sprake van ziekte of ongeval.
 - Als gevolg van de ziekte of het ongeval heeft verzekerde medische stoornissen.
 - Een arts heeft deze stoornissen objectief medisch vastgesteld.
 - De verzekerde kan door deze stoornissen minder goed functioneren. Wij hebben vastgesteld dat hij daardoor voor ten minste 25% niet in staat is om 'het werk' te doen. In de begripsomschrijvingen van beroepsarbeidsongeschiktheid en passende arbeid staat hoe we 'het werk' beoordelen.
 - In rubriek A beoordelen we de arbeidsongeschiktheid als beroepsarbeidsongeschiktheid.
 - Is verzekerde arbeidsongeschikt in rubriek B in het 2^e of 3^e jaar na ingang van de verzekering? Dan beoordelen we de arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.
 - Vanaf het 4^e jaar na ingang van de verzekering beoordelen we de arbeidsongeschiktheid in rubriek B als beroepsarbeidsongeschiktheid.
14. **Beroepsarbeidsongeschiktheid**
Arbeidsongeschiktheid voor het werk in het beroep dat op het polisblad staat. Het werk beoordelen wij op de wijze zoals dat normaal gesproken in dit beroep en deze bedrijfstak wordt verricht. Als wij vaststellen in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt is, dan kijken wij ook of zijn werk aangepast kan worden. Of de omstandigheden waaronder hij zijn werk doet. Ook mogen wij van hem vragen om ander passend werk te gaan doen in het eigen bedrijf als dat werk er is.
15. **Passende arbeid**
Werk dat past bij de krachten en het werkniveau van verzekerde. Om het werkniveau te beoordelen, kijken we naar zijn bekwaamheden, opleiding en werkervaring. We moeten daarbij redelijk zijn. En we kijken alleen naar het werk dat verzekerde nog kan doen. Als we het percentage arbeidsongeschiktheid vaststellen, houden we er geen rekening mee of hij dat werk ook echt kan vinden. Hierna leggen we enkele begrippen verder uit.
- Werk:** Passende beroepen of functies die normaal in Nederland voorkomen.
 - Krachten:** Wij stellen in overleg met de medisch adviseur en arbeidsdeskundige vast wat verzekerde niet meer kan en wat hij nog wel kan. We kijken naar de lichamelijke en de geestelijke mogelijkheden van verzekerde. En we kijken op welk niveau hij kan werken en hoelang hij per dag kan werken. We beoordelen of de krachten die nodig zijn om het passende werk te kunnen doen, ook passen bij de krachten die verzekerde nog heeft.
 - Niveau van het werk:** Onze arbeidsdeskundige onderzoekt de bekwaamheden, opleiding en werkervaring van verzekerde. Daaruit blijkt wat het werkniveau van verzekerde is. Werk is passend wanneer dit op het werkniveau van verzekerde ligt, of 1 niveau hoger of lager.
 - Bekwaamheden:** De kennis die verzekerde heeft en wat hij (nog) goed kan.
 - Opleiding:** De opleidingen en cursussen die verzekerde heeft gevolgd. We kijken ook wanneer hij deze heeft gevolgd en of hij deze heeft afgerond.
 - Werkervaring:** Al het relevante werk dat verzekerde heeft gedaan, wanneer en hoelang. We kijken ook of hij werkte als zelfstandige of in loondienst en waarom verzekerde van werk veranderde.
- d. **Redelijk:**
- We kijken eerst of verzekerde nog zelf een inkomen kan verdienen in zijn eigen bedrijf. Dit kan in zijn eigen beroep zijn. Of met ander passend werk dat hij binnen het eigen bedrijf kan doen.
 - Kan hij in zijn eigen bedrijf geen inkomen meer verdienen? Of minder dan 55% van zijn vergelijkingsinkomen? Dan kijken we of hij passend werk kan doen buiten het eigen bedrijf. Het werk is passend als het inkomen dat bij volledige arbeidsongeschiktheid met het werk verdiend kan worden tenminste 75% is van het vergelijkingsinkomen van verzekerde.
 - Is verzekerde 62 jaar of ouder wanneer hij arbeidsongeschikt wordt? Dan kijken we alleen nog naar passend werk binnen het eigen bedrijf.
16. **Verzekerde bedragen**
Dit zijn de bedragen die wij per jaar betalen als verzekerde volledig arbeidsongeschikt is en u geen periode van eigen risico heeft. Hiermee berekenen we uw maandelijkse uitkering. Het verzekerd bedrag voor rubriek A en voor rubriek B kan verschillen. Wat het verzekerd bedrag voor rubriek A en voor rubriek B is staat op het polisblad.
17. **Periode van eigen risico**
- De verzekering heeft een periode van eigen risico. Dat is de periode waarin u geen uitkering krijgt.
 - Is de verzekerde arbeidsongeschikt geweest en gaat hij weer aan het werk? En meldt hij zich binnen 4 weken weer arbeidsongeschikt? Dan tellen we deze periode van arbeidsongeschiktheid op bij de vorige. Hij heeft dan maar één periode van eigen risico.
 - Op uw polisblad staat hoe lang de periode van eigen risico is. Een periode van eigen risico begint niet meteen als de verzekerde ziek wordt. Eerst moet een arts vaststellen dat hij arbeidsongeschikt is. De volgende dag begint de periode van eigen risico. Het is daarom belangrijk dat de verzekerde zich zo snel mogelijk laat behandelen door een arts.
18. **Vervaldatum**
De datum waarop u de premie betaald moet hebben.
19. **Hoofdpremievervaldatum**
De verzekerde bedragen worden jaarlijks geïndexeerd. Ook heeft u een premie die afhankelijk is van de leeftijd van de verzekerde. Ieder jaar op deze dag passen we de verzekerde bedragen en de premie aan.
20. **Eindleeftijd en einddatum**
De verzekering en de uitkering eindigen op de einddatum. Dat is de 1^e dag van de maand nadat verzekerde de eindleeftijd heeft bereikt. Deze eindleeftijd hebben we met u afgesproken. De eindleeftijd en de einddatum staan op het polisblad vermeld.
21. **Contractsduur en contractsvervaldatum**
We hebben de overeenkomst voor een vaste periode met u afgesloten. Deze periode noemen we de contractsduur. Dit kan 1, 3 of 5 jaar zijn. Wat de contractsduur is, staat op het polisblad. Op het polisblad staat ook wat de eerstvolgende contractsvervaldatum is. Op deze datum verlengen we de overeenkomst weer met de contractsduur.

Hoofdstuk 2

Te verzekeren risico

Artikel 2

Wat is het doel van de verzekering?

Als de verzekerde arbeidsongeschikt is, kan zijn inkomen omlaag gaan. Wij noemen dat financieel nadeel. Wordt zijn inkomen lager doordat hij arbeidsongeschikt is? Dan kunt u zijn inkomen aanvullen met een uitkering die u uit deze verzekering krijgt.

Wij helpen de verzekerde ook bij het voorkomen en verminderen van arbeidsongeschiktheid. En wij helpen de verzekerde weer terug te keren in het arbeidsproces.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

Artikel 3

Welke documenten horen bij de verzekering?

Bij het afsluiten van de verzekering hebben wij van u en de verzekerde verschillende documenten gekregen. Dit zijn onder andere: het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring(en), de ondertekende offerte(s) en de keuringsrapport(en). Deze documenten hebben we gebruikt om de verzekering met u te sluiten. Zij horen bij de verzekering.

U en de verzekerde hebben wettelijk een mededelingsplicht. Dat betekent dat alle vragen eerlijk beantwoord moeten zijn. U of de verzekerde mag ook geen informatie voor ons achterhouden. Dus hebt u of de verzekerde informatie die belangrijk is voor ons? Dan moeten u en de verzekerde die aan ons geven.

Houdt u of de verzekerde toch informatie achter? Dan kunnen we de premie en de voorwaarden veranderen. Doet u of de verzekerde dit met opzet dan kunnen we de verzekering opzeggen. Dit kan ook als we de verzekering met de juiste informatie niet hadden gesloten.

Artikel 4

Welke extra voorwaarden gelden de eerste 3 jaar dat uw verzekering loopt?

1. Wij beoordelen de arbeidsongeschiktheid in rubriek B niet als beroepsarbeidsongeschiktheid, maar voor passende arbeid.
2. Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden door ziekte? Dan ontvangt u pas een uitkering als de verzekerde voor een bepaald percentage arbeidsongeschikt is. Hieronder ziet u welke percentages dat zijn:
 - 80% als hij arbeidsongeschikt wordt in het 1^e jaar dat hij verzekerd is
 - 65% als hij arbeidsongeschikt wordt in het 2^e jaar dat hij verzekerd is
 - 45% als hij arbeidsongeschikt wordt in het 3^e jaar dat hij verzekerd is
3. De verzekering geldt niet:
 - bij overlijden door een ongeval (artikel 26)
 - bij zwangerschap en/of bevalling (artikel 28)
 - voor een preventief geneeskundig onderzoek (artikel 29)
 - voor de verhaalsbijstand (artikel 30)

Is verzekerde 3 jaar na ingang van de verzekering niet arbeidsongeschikt? Dan gelden deze beperkende voorwaarden niet meer. Is verzekerde helemaal of gedeeltelijk arbeidsongeschikt en hebt u recht op uitkering? Dan vervallen de beperkende voorwaarden nadat de verzekerde 4 weken achter elkaar volledig arbeidsongeschikt is geweest.

Hoofdstuk 3

Verandering van het verzekerd bedrag

Artikel 5

Waarom vragen wij elke 3 jaar naar het inkomen van verzekerde?

1. Elke 3 jaar vragen wij u een opgave van het inkomen van de verzekerde over de 3 voorgaande kalenderjaren. U moet deze opgave binnen 60 dagen na ontvangst van ons verzoek per brief aan ons doorgeven. Wij kunnen u ook vragen de nodige financiële stukken ter inzage te sturen.
2. Is het gemiddelde inkomen in de 3 voorgaande kalenderjaren gestegen? Dan hebt u het recht de verzekerde bedragen te verhogen. De eerste keer kunt u uw verzekerd bedrag met maximaal 25% verhogen. Elke volgende keer kan dat met maximaal 20%. U kunt het verzekerd bedrag per rubriek met minimaal € 1.000,- verhogen. Maar de verzekerde bedragen mogen niet hoger zijn dan 90% van het gemiddelde inkomen. En ze mogen niet hoger zijn dan € 180.000,-. De verzekerde hoeft hiervoor geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden.
3. Is het gemiddelde inkomen in de 3 voorgaande kalenderjaren gedaald en daardoor lager geworden dan de verzekerde bedragen? Dan hebben wij het recht de verzekerde bedragen te verlagen tot 90% van het gemiddelde inkomen.
4. Hebben wij de verzekerde bedragen verlaagd en is het gemiddelde inkomen in de 3 jaar daarna weer gestegen? Dan mag u de verzekerde bedragen verhogen naar de bedragen zoals die golden voordat wij de verzekerde bedragen verlaagden. Daarbovenop mag u nog eens 20% extra verhogen. Maar de verzekerde bedragen mogen in totaal niet hoger zijn dan 90% van het gemiddelde inkomen. En ze mogen niet hoger dan € 180.000,- zijn. Ook voor deze verhoging hoeft de verzekerde geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden.

5. Als de verzekerde bedragen op grond van deze regel worden aangepast, dan doen wij dat per de datum waarop wij uw brief hebben ontvangen.
6. U mag de verzekerde bedragen niet verhogen als de verzekerde arbeidsongeschikt is. Of als de verzekerde in een periode van 90 dagen voorafgaande aan het verzoek tot verhoging arbeidsongeschikt is geweest.
7. Als u deze opgave altijd verstrekt gaan wij bij arbeidsongeschiktheid uit van de verzekerde bedragen die op dat moment op het polisblad staan. Ook al is het (gemiddelde) inkomen op dat moment lager dan de verzekerde bedragen.
8. Als u deze opgave niet verstrekt, laten wij de verzekerde bedragen onveranderd. Wel hebben wij dan het recht om bij arbeidsongeschiktheid de verzekerde bedragen te verlagen naar 90% van het vergelijkingsinkomen. Dit mogen wij ook doen als u een verkeerde inkomensopgave heeft verstrekt. Deze verlaging wordt in dat geval doorgevoerd per de dag voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid.
9. Op de dag dat u de verzekerde bedragen wilt verhogen moet u alle premie betaald hebben.
10. U mag ook tussentijds om aanpassing van de verzekerde bedragen vragen. De verzekerde moet dan wel nieuwe gezondheidsvragen beantwoorden. We gebruiken deze informatie bij het beoordelen van het verzoek tot verhoging.

Artikel 6

Hoe verhogen we jaarlijks de verzekerde bedragen?

1. De verzekerde bedragen worden jaarlijks verhoogd.
2. Is verzekerde arbeidsongeschikt? Dan indexeren we. Indexeren betekent dat we de verzekerde bedragen aanpassen aan de gemiddelde stijging van de lonen in Nederland. We gebruiken hiervoor het indexcijfer 'cao-lonen per maand inclusief bijzondere beloningen'. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent dit indexcijfer. U kunt hier meer over lezen op hun website: www.cbs.nl. Elk jaar vergelijken we het indexcijfer van de maand oktober met het indexcijfer van de maand oktober van het jaar ervoor. Is het indexcijfer gestegen? Dan berekenen we het percentage waarmee het indexcijfer is gestegen. We verhogen het verzekerde bedrag na 1 januari van het nieuwe jaar met dit percentage. Dit doen we op de hoofdpremievalidatum. Daarna berekenen we de nieuwe premie. Is het indexcijfer in een jaar niet gestegen? Dan indexeren we niet. We wachten tot het weer oktober is. Dan vergelijken we het indexcijfer met het cijfer van het jaar waarin we voor het laatst geïndexeerd hebben.
3. Is de verzekerde op de hoofdpremievalidatum langer dan 365 dagen arbeidsongeschikt? Dan verhogen we het verzekerd bedrag niet meer. We verhogen wel de uitkering met een vast percentage. Maar alleen als dat op het polisblad staat.
4. We indexeren pas weer als de uitkering is gestopt. Dat doen we op de eerste hoofdpremievalidatum nadat de uitkering is gestopt.
5. Alle voorwaarden en clausules van deze verzekering gelden ook over de verhoogde bedragen.
6. Wilt u niet dat we jaarlijks de verzekerde bedragen verhogen? Dat kan. We sturen u dan een nieuw polisblad. Daarop staat dat we niet indexeren. Uw verzekerde bedragen blijven dan hetzelfde.

Hoofdstuk 4

Schade, schaderegeling en uitkering

Artikel 7

Wat moeten u en verzekerde doen als de verzekerde arbeidsongeschikt is?

1. Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden? Dan moet u of de verzekerde de volgende zaken doen:
 - a. De verzekerde moet er alles aan doen om zo snel mogelijk beter te worden. Hij moet zich meteen laten behandelen door een bevoegde arts. Hij moet er ook alles aan doen om zo snel mogelijk weer te kunnen werken. Hij mag niets doen waardoor hij minder snel of helemaal niet beter wordt.
 - b. U moet ons zo snel mogelijk laten weten dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden. U moet dit doen binnen de periode van eigen risico. Is uw periode van eigen risico langer dan

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

- 3 maanden? Dan moet u ons in ieder geval binnen 3 maanden laten weten dat de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden.
- De verzekerde moet zich door een arts laten controleren als we dat vragen. De verzekerde moet deze arts alle informatie geven waar hij om vraagt. Wij zeggen naar welke arts de verzekerde moet gaan. De kosten voor deze controle betalen wij.
 - U en de verzekerde moeten ons alle informatie geven of laten geven die we nodig hebben. U en de verzekerde moeten ons ook de daarvoor noodzakelijke machtigingen geven. Het kan zijn dat wij andere deskundigen inschakelen. Ook aan deze deskundigen moeten u en de verzekerde alle informatie en de machtigingen geven die zij nodig hebben.
 - Is de verzekerde weer beter? Of is hij gedeeltelijk beter? Dan moet u het ons laten weten. Dat moet ook als de verzekerde weer helemaal of voor een deel gaat werken. En ook als het ander of geen betaald werk is.
 - We kunnen verlangen dat de verzekerde zijn werk aanpast. Of de manier waarop hij werkt. We kunnen verlangen dat hij andere taken krijgt binnen het bedrijf. U en de verzekerde moeten aan deze veranderingen meewerken als de verzekerde hierdoor minder arbeidsongeschikt wordt.
 - Beoordelen we de arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid? Dan kunnen we ook verlangen dat hij ander werk gaat doen dat past bij zijn opleiding en werkervaring. Dat kan binnen of buiten het eigen bedrijf zijn. U en de verzekerde kunnen ervoor kiezen om niet aan deze veranderingen mee te werken. Bij het vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid houden we daar geen rekening mee.
 - Gaat u uw bedrijf verkopen? Of wordt het bedrijf verkocht? Of gaat de verzekerde ander werk doen dan in de polis staat? Dan moet u ons dat meteen laten weten. Of de verzekerde moet het ons meteen laten weten.
- U krijgt geen uitkering wanneer u of de verzekerde niet doet wat staat in artikel 7, lid 1. U moet ons dan ook benadeeld hebben.
 - Geeft u of de verzekerde bewust verkeerde informatie? Of hebt u of de verzekerde bewust informatie niet gegeven? Dan vervalt het recht op een uitkering.

Artikel 8

Hoe beoordelen we wat voor uitkering u krijgt?

- Als het gaat om een eenvoudige arbeidsongeschiktheid, dan stellen wij in overleg met de verzekerde vast hoe erg hij arbeidsongeschikt is. En hoe lang de arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk gaat duren. Met deze informatie stellen wij het percentage arbeidsongeschiktheid en de uitkering vast.
- In de andere gevallen wijzen wij artsen en andere deskundigen aan. Die onderzoeken wat de verzekerde heeft en wat hij nog kan. Of wij vragen informatie op bij artsen en deskundigen. Dat kunnen ook de behandelend artsen zijn. Met de gegevens van de deskundigen beoordelen we de volgende zaken:
 - of er recht is op een uitkering;
 - hoe hoog de uitkering is;
 - hoe lang er recht op uitkering is.
- Als de arbeidsongeschiktheid langer duurt dan 365 dagen, dan kijken wij ook of de verzekerde financieel nadeel heeft van zijn arbeidsongeschiktheid. Het maakt niet uit hoe groot het financiële nadeel is. Is er sprake van financieel nadeel bij arbeidsongeschiktheid, dan keren wij uit als aan deze polisvoorwaarden is voldaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door het percentage arbeidsongeschiktheid.
- In de eerste 3 jaren dat deze verzekering loopt, gelden de extra voorwaarden. Deze staan beschreven in artikel 4 van deze voorwaarden.

Artikel 9

Wanneer krijgt u geen uitkering?

Hierna staan een aantal oorzaken. Is de verzekerde arbeidsongeschikt geworden door een van deze oorzaken? Of was hij arbeidsongeschikt en is dat erger geworden door een van deze oorzaken? Dan krijgt u geen uitkering. U hebt dan ook geen recht op de extra dekkingen.

- De verzekerde wordt met opzet of door zijn roekeloosheid arbeidsongeschikt. Of door opzet of roekeloosheid van iemand die belang heeft bij de uitkering;
- De verzekerde heeft te veel alcohol in zijn adem of bloed.
Met te veel alcohol bedoelen we:
 - een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille of hoger;

- een ademalcoholgehalte van 220 microgram of hoger.
En hij krijgt op dat moment een ongeval. Of we kunnen aannemelijk maken dat hij een ongeval kreeg omdat hij te veel alcohol gedronken had;
- De verzekerde heeft verdovende, bedwelmende of opwekkende middelen gebruikt zonder recept van de arts. Of hij heeft geneesmiddelen niet volgens het voorschrift van de arts of de bijsluiter gebruikt;
 - De verzekerde is jonger dan 23 jaar en hij heeft een ongeval gekregen met een motor. Hij bestuurde de motor. En die motor had een cilinderinhoud van 50 cc of meer.
 - De verzekerde is arbeidsongeschikt geworden door:
 - een gewapend conflict: als landen met elkaar in oorlog zijn;
 - een burgeroorlog: als inwoners van één land met elkaar oorlog moeten voeren;
 - een opstand: als inwoners van een land zich met geweld verzetten tegen de overheid van dat land;
 - binnenlandse onlusten: als groepen geweld gebruiken op verschillende plaatsen in een land;
 - oproer: als een groep mensen op één plaats zich met geweld verzet tegen de overheid;
 - muitelij: als een groep militairen zich met geweld verzet tegen hun commandanten

Dit zijn de zes vormen van molest. Wat dit precies betekent, staat in een tekst van 2 november 1981. U kunt de tekst opvragen bij de Arrondissementsrechtbank te Den Haag. De tekst is ter inzage onder nummer 136/1981. Als wij een beroep doen op deze uitsluiting doen wij dat aan de hand van de juridische omschrijving.

- De verzekering geldt niet als de verzekerde arbeidsongeschikt is geworden door of bij een atoomkernreactie. Het maakt daarbij niet uit hoe die reactie is ontstaan. De verzekering geldt wel als u op een andere manier arbeidsongeschikt bent geworden door radioactieve stoffen. We bedoelen hier radioactieve stoffen die niet in een kerncentrale zijn of gebruikt worden. Bovendien moeten ze overeenkomstig hun bestemming bedoeld zijn voor en gebruikt worden door:
 - de handel
 - de landbouw
 - een medisch doel
 - de wetenschap
 - een onderwijskundig doel
 - beveiliging, maar geen militaire beveiligingDaarnaast moet er een vergunning van de overheid zijn om radioactieve stoffen te maken, te gebruiken, te bewaren en op te ruimen. Tenminste, als de wet dat eist.
- In de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen staat wat we bedoelen met een kerninstallatie. Die wet staat in het Staatsblad 1979-225. We bedoelen ook een kerninstallatie aan boord van een schip.
- U krijgt geen uitkering als de verzekerde in voorlopige hechtenis is of in de gevangenis zit. Of dat nu in Nederland is of in het buitenland. En ook niet als de verzekerde TBS (Ter Beschikking Stelling aan de Staat) heeft.
 - Houdt u of de verzekerde zich niet aan de plichten die in deze voorwaarden staan? Dan hebt u geen recht meer op een uitkering.

Artikel 10

Hoe berekenen we uw uitkering?

- Op het polisblad staat het verzekerd bedrag. Dit is het bedrag dat u per jaar ontvangt als de verzekerde helemaal arbeidsongeschikt is en u geen periode van eigen risico hebt.
- U hebt per dag recht op 1/365 deel van het verzekerd bedrag. We berekenen één keer per maand hoeveel we u betalen.
- Hoe hoog uw uitkering is, hangt af van het percentage arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Bij ieder percentage arbeidsongeschiktheid hoort een percentage van het verzekerd bedrag dat wordt uitgekeerd. Hieronder staat welke percentages horen bij welke mate van arbeidsongeschiktheid:

Percentage arbeidsongeschiktheid	Percentage van het verzekerd bedrag
25 tot 35%	30%
35 tot 45%	40%
45 tot 55%	50%
55 tot 65%	60%
65 tot 80%	75%
80 tot 100%	100%

- Is verzekerde beroepsarbeidsongeschikt? Dan vullen wij het inkomen van de verzekerde in loondienst of uit zijn nieuwe beroep aan tot maximaal het verzekerd bedrag. De uitkering is nooit hoger dan het percentage van het verzekerd bedrag dat hoort bij het percentage arbeidsongeschiktheid dat we hebben vastgesteld.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

5. Is verzekerde arbeidsongeschikt voor passende arbeid? Dan is de uitkering nooit hoger dan het percentage van het verzekerd bedrag dat hoort bij het percentage arbeidsongeschiktheid dat we hebben vastgesteld.

Artikel 11

Hoe betalen we uw uitkering?

Hebben we bepaald dat u een uitkering krijgt? Hebben we ook bepaald hoeveel u krijgt? Dan betalen we u uw uitkering per maand. We betalen altijd achteraf. Is de verzekerde weer arbeidsgeschikt? Dan betalen we zo snel mogelijk. We wachten dan niet tot er een maand voorbij is.

Artikel 12

U bent het niet eens met onze beslissing over uw uitkering. Voor wanneer moet u ons dit melden?

1. Hebben we het percentage arbeidsongeschiktheid en de hoogte van uw uitkering bepaald en dit per brief aan u bevestigd? En bent u het niet met ons eens? Dan moet u ons binnen een half jaar na dagtekening van onze brief een brief sturen om dit te laten weten. Wacht u langer? Dan behandelen we uw bezwaar niet meer.
2. Wordt de verzekerde arbeidsongeschikt? En laten wij u per brief weten dat wij beoordelen dat u geen uitkering krijgt? Bent u het daar niet mee eens? Dan moet u ons dat binnen een half jaar na dagtekening van onze brief melden per brief. Wacht u langer? Dan veranderen wij onze beslissing niet meer.
3. Bent u het niet met ons eens? En hebt u langer dan een half jaar de tijd nodig om ons dat te laten weten? Dan moet u ons in een brief laten weten dat u meer tijd nodig hebt. U moet uw brief binnen een half jaar na dagtekening van onze brief naar ons toe sturen.

Artikel 13

Is de arbeidsongeschiktheid na meer dan 3 jaar gemeld bij ons?

Heeft u of de verzekerde de arbeidsongeschiktheid meer dan 3 jaar na het ontstaan ervan gemeld bij ons? Dan heeft u geen recht meer op een uitkering. Elk recht op uitkering verjaart na 3 jaar.

Artikel 14

Wanneer stopt uw uitkering?

In de volgende gevallen stopt uw uitkering:

1. De verzekerde is niet meer arbeidsongeschikt. Wat we precies bedoelen met 'arbeidsongeschikt' staat in deze voorwaarden.
2. Op de polis staat een eindleeftijd. Heeft de verzekerde die leeftijd bereikt? Dan stopt de uitkering op de eerste dag van de maand nadat hij jarig was.
3. In de maand dat de verzekerde overlijdt en 2 maanden daarna betalen we nog uitkering. Was hij ook de verzekeringnemer? En was de verzekerde getrouwd of had hij een samenlevingscontract? Dan krijgt zijn partner na zijn dood de uitkering. Woonde de verzekerde alleen? Dan betalen we de uitkering aan zijn erfgenamen.
4. We hebben de verzekering gestopt om een van de volgende redenen:
 - a. Uw onderneming lijdt verlies. Of u hebt geen eigen onderneming meer. En u hebt ons dat niet gemeld.
 - b. U of de verzekerde doen niet wat in artikel 6 staat en wij zijn hierdoor benadeeld. In dat artikel staan de plichten van u en de verzekerde.
 - c. De verzekerde heeft geen financieel nadeel meer van zijn arbeidsongeschiktheid.
5. Als wij de verzekering stoppen omdat u of de verzekerde ons bewust verkeerde informatie of niet alle informatie hebt gegeven bij de aanvraag van deze verzekering.

Artikel 15

Wat gebeurt er met uw uitkering als de verzekering stopt?

Is de verzekerde arbeidsongeschikt en stopt de verzekering? En stopt de verzekering niet door afwezig zijn van verzekerbaar belang, faillissement, uitstel van betaling, aanvraag schuldsanering of het geven van onjuiste of onvolledige gegevens? Dan blijft u recht houden op een uitkering. De volgende regels gelden dan:

1. Wordt de verzekerde minder arbeidsongeschikt? Dan krijgt u een lagere uitkering. Wordt de verzekerde meer arbeidsongeschikt? Dan verhogen we de uitkering niet.
2. U en de verzekerde moeten de plichten blijven nakomen. Deze plichten staan in artikel 6.
3. Is de verzekerde weer arbeidsgeschikt? En daarna weer arbeidsongeschikt geworden? Dan krijgt u geen uitkering meer. Ook niet als de verzekerde binnen 4 weken weer arbeidsongeschikt wordt.

Hoofdstuk 5 Premie

Artikel 16

Hoe bepalen we de premie?

U heeft een combitarief. Uw premie is gekoppeld aan de leeftijd van de verzekerde. We verhogen de premie elk jaar op de hoofdpremievalidatum. U krijgt dan de premie die bij het verzekerde bedrag en de leeftijd van de verzekerde hoort. We kunnen de premie ook veranderen zoals staat in artikel 20 lid 1.

Artikel 17

Wanneer moet u de premie betalen en wat gebeurt er als u de premie niet of niet op tijd betaalt?

1. U moet de premie vooruit betalen. Met premie bedoelen we ook incassokosten en administratiekosten.
 - a. De eerste premie bij het begin van de verzekering moet u betaald hebben binnen 30 dagen nadat wij u verzocht hebben om te betalen.
 - b. De volgende premies moet u betaald hebben binnen 30 dagen nadat wij u verzocht hebben om te betalen. Maar in ieder geval op de vervaldatum. Op deze datum is de premie verschuldigd.
2. Als u de premie niet op tijd betaalt, dan gelden de volgende regels:
 - a. Als u de eerste premie niet op tijd betaalt, is er geen dekking. Wordt de verzekerde arbeidsongeschikt of krijgt hij een ongeval? Dan krijgt u geen uitkering. De dekking begint pas op de dag nadat wij de premie hebben ontvangen.
 - b. Als u een volgende premie niet op tijd betaalt, dan sturen we u een herinnering. Daarin zeggen we dat u de premie binnen 14 dagen betaald moet hebben. Doet u dat niet, dan schorsen wij de verzekering. U krijgt dan geen uitkering als de verzekerde arbeidsongeschikt wordt of een ongeval krijgt.
 - c. Hebben wij de verzekering geschorst? De dag nadat we alle premie hebben ontvangen, is de polis weer geldig. U moet dan ook alle kosten betaald hebben. U hebt dan weer recht op uitkering voor arbeidsongeschiktheid. Maar alleen als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan op of na de dag nadat wij alle premie en kosten hebben ontvangen.
 - d. Als wij de verzekering hebben geschorst, kunnen wij de verzekering ook stoppen. U moet de premie betalen tot de datum dat wij de verzekering hebben gestopt.
 - e. Als u de premie niet betaalt, maken we kosten om de premie toch te krijgen. Deze kosten moet u betalen. U moet ook de wettelijke rente over de premie en de kosten betalen.
 - f. U blijft verplicht alle premie en extra kosten te betalen. Dit geldt tot uiterlijk 3 jaar later.
 - g. We mogen uw uitkering verrekenen met de premie die u nog moet betalen.
 - h. U mag de premie niet verrekenen met uw uitkering. Dat mag alleen als we hier vooraf toestemming voor geven.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Algemene polisvoorwaarden

Artikel 18

Wanneer betalen we premie terug?

U betaalt uw premie altijd vooruit. Stopt de verzekering tussentijds? Dan krijgt u premie terug. De premie over de maanden dat de verzekerde niet meer verzekerd is betalen we terug. Dit doen we niet als u of de verzekerde ons bewust verkeerde informatie of niet alle volledige informatie heeft gegeven.

Artikel 19

Wanneer hoeft u minder of geen premie te betalen?

1. Krijgt u een uitkering uit rubriek B? Is de verzekerde dus langer dan 365 dagen arbeidsongeschikt? Dan hoeft u minder premie te betalen. Hoeveel hangt af van het percentage van uw uitkering. Als u een uitkering hebt van 40%, betaalt u 40% minder premie. Hoeveel minder premie u betaalt, berekenen we op de eerste hoofdpremievaldatum in rubriek B. Dan verrekenen we ook de premie die we eerder in rekening hebben gebracht.
2. Wordt verzekerde meer arbeidsongeschikt en wordt het percentage van uw uitkering hoger? Dan betaalt u nog minder premie. Wordt het percentage van uw uitkering juist lager? Dan moet u meer premie betalen. U moet de premie betalen binnen 30 dagen nadat wij u de premienota hebben gestuurd.
3. Het laatste jaar van deze verzekering is premievrij. Dat betekent dat u de premie moet betalen tot één jaar voor de einddatum van de verzekering.

Hoofdstuk 6 Wijziging van de verzekering

Artikel 20

Wanneer kunnen we de premie en de voorwaarden veranderen?

1. We mogen voor een hele groep verzekeringen tegelijk de premie en de voorwaarden veranderen. Hoort uw verzekering bij zo'n groep? Dan gelden de nieuwe premie of de nieuwe voorwaarden vanaf een datum die we bepalen. Krijgt u een uitkering? En veranderen we de voorwaarden? Dan gelden deze pas als uw uitkering stopt.
2. Er komen nieuwe wettelijke verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid. Deze verzekeringen moeten dan gevolgen hebben voor de uitkering.
3. Als we de premie of de voorwaarden veranderen sturen we u hierover een brief. Bent u het niet eens met de verandering? Dan kunt u dat aan ons melden. In onze brief staat voor welke datum u dat moet doen. We stoppen dan de verzekering per de datum die we in onze brief noemen. In de volgende gevallen mag u de verzekering niet opzeggen:
 - a. De wet verandert. Daarom veranderen we de premie of de voorwaarden.
 - b. We verlagen de premie. Maar we veranderen de voorwaarden niet.
 - c. We verbeteren de voorwaarden. Maar we verhogen de premie niet.
 - d. We verhogen de premie omdat u voor combitarief heeft gekozen.
 - e. Het verzekerd bedrag stijgt. Daarom verhogen we de premie.
 - f. U hebt het verzekerd bedrag of een ander onderdeel van de verzekering veranderd. Daarom veranderen we de premie.

Artikel 21

Wat moet u doen als de verzekerde van beroep of werk verandert?

1. Op het polisblad staat wat het beroep van de verzekerde is. U of de verzekerde moet het ons laten weten als de verzekerde:
 - a. zijn werk verandert;
 - b. met zijn beroep stopt of minder gaat werken;
 - c. in loondienst gaat werken.Dit moet u of de verzekerde binnen 30 dagen na de verandering doen.
2. Stopt de verzekerde helemaal of voor een deel met zijn beroep of bedrijf of gaat hij tijdelijk in loondienst? Is dit niet het gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid? Dan mogen wij de verzekering stoppen of de verzekerde bedragen veranderen. U mag ons vragen om de polis maximaal een jaar zonder dekking te laten bestaan. U hoeft dan minder premie te betalen. Dit noemen wij sluimerpremie. De dekking begint weer als de verzekerde weer werkt in zijn beroep of bedrijf. Als de verzekerde

na een jaar niet opnieuw werkt in zijn beroep of bedrijf, stoppen we de verzekering alsnog. Wordt de verzekerde arbeidsongeschikt of meer arbeidsongeschikt in de periode dat u de sluimerpremie betaalt? Dan krijgt u hiervoor geen uitkering.

3. Als de verzekerde ander werk gaat doen, beoordelen we of hij in dat andere werk meer risico heeft om arbeidsongeschikt te worden. Is het risico groter? Dan mogen we:
 - a. de voorwaarden veranderen;
 - b. de premie verhogen;
 - c. het verzekerd bedrag verlagen;
 - d. de verzekering stoppen.
4. Veranderen we de voorwaarden, verhogen we de premie of verlagen we het verzekerd bedrag om deze reden? En bent u het hier niet mee eens? Dan mag u de verzekering tussentijds stopzetten. U moet ons wel op tijd melden dat u het niet eens bent met de verandering. Dat moet binnen 30 dagen nadat we u hebben laten weten dat we de verzekering hebben veranderd. We stoppen dan de verzekering vanaf de datum dat wij hoorden van de verandering.
5. Hebt u ons niet verteld dat de verzekerde ander werk is gaan doen? En wordt hij arbeidsongeschikt? Dan beoordelen we of hij in dat andere werk meer risico had om arbeidsongeschikt te worden. Dat noemen we risicoverzuring. Als er geen risicoverzuring is, hebt u nog steeds recht op een uitkering. Is er wel risicoverzuring? En horen er bij het nieuwe werk eigenlijk andere voorwaarden? Of een hogere premie? Dan zijn er 3 mogelijkheden:
 - a. U krijgt een uitkering maar met andere voorwaarden. Dit zijn de voorwaarden die horen bij het nieuwe werk.
 - b. U krijgt een deel van de uitkering. We kijken dan naar de premie voor het oude werk. En voor het nieuwe werk. In dezelfde verhouding verlagen we de uitkering.
 - c. U krijgt geen uitkering. Het risico is te groot om te verzekeren.
6. Wij vragen u elke 3 jaar een opgave te doen van de werkzaamheden van de verzekerde.
 - a. Als u de opgave van de werkzaamheden altijd verstrekt gaan wij bij arbeidsongeschiktheid uit van de verzekerde bedragen, de premie en de polisvoorwaarden die op het polisblad staan. Ook al zijn de werkzaamheden van de verzekerde na de laatste opgave gewijzigd. Wij gaan bij het vaststellen van de (mate van) arbeidsongeschiktheid wel uit van de gewijzigde werkzaamheden. Dit doen we niet als de verandering van de werkzaamheden zo groot is dat we die niet verzekeren.
 - b. Als u de opgave niet verstrekt, laten wij de verzekering onveranderd. Wel hebben wij het recht om bij arbeidsongeschiktheid te beoordelen of het risico gewijzigd is. Voor eventuele gevolgen verwijzen wij u naar punt 5 van dit artikel.

Artikel 22

Welke andere veranderingen moet u of de verzekerde aan ons melden?

1. Gaat de verzekerde langer dan twee maanden naar het buitenland? Dan moet u dit met ons overleggen. Doet u dat niet? Dan hebt u geen recht op een uitkering.
2. De volgende situaties moet u binnen 30 dagen bij ons melden:
 - a. De verzekerde is wettelijk verplicht verzekerd. Bijvoorbeeld omdat hij in loondienst is gegaan. Of verplicht is een andere verzekering af te sluiten voor arbeidsongeschiktheid.
 - b. U bent of de verzekerde is failliet. Of het bedrijf is failliet. Of u of de verzekerde heeft uitstel van betaling gekregen.
 - c. Uw bedrijf of dat van verzekerde is erg veranderd. Het bedrijf heeft bijvoorbeeld nieuwe bedrijven gekocht. Of delen van het bedrijf verkocht.
3. Verandert er iets zoals we hierboven hebben beschreven? Dan kunnen we u om documenten vragen om dit te bewijzen. Deze documenten moet u ons dan geven.
4. Wij kunnen de verzekering wijzigen zoals beschreven bij artikel 21 lid 3 en artikel 21 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 23

Kunt u de rechten uit deze verzekering aan iemand anders geven?

Met deze verzekering bouwt u geen vermogen op. U kunt geen enkel recht uit deze verzekering aan iemand anders geven. Dit betekent bijvoorbeeld dat u deze verzekering niet kunt gebruiken als onderpand. U kunt ook geen geld opnemen uit de verzekering.

Hoofdstuk 7 Einde van de verzekering

Artikel 24

Wanneer eindigt de verzekering?

1. In de polisvoorwaarden staat bij een aantal artikelen wanneer de verzekering eindigt. Daarnaast eindigt de verzekering in ieder geval:
2. op de contractsvervaldatum van de verzekeringsovereenkomst. U moet dan minstens 2 maanden voor deze datum de verzekering in een brief aan ons opgezegd hebben.
3. op de eerste dag van de maand nadat de verzekerde de eindleeftijd heeft bereikt. Op het polisblad staat wat de eindleeftijd is.
4. op de dag dat de verzekerde overlijdt.
5. op een datum die wij bepalen. Dit mogen we niet zomaar doen. We mogen de verzekering beëindigen als u of uw bedrijf:
 - a. uitstel van betaling aanvraagt. Of een regeling voor schuldsanering.
 - b. failliet gaat.
 - c. faillissement aanvraagt.We beëindigen de verzekering niet als deze situatie het gevolg is van de arbeidsongeschiktheid van verzekerde.
6. als u of de verzekerde ons bewust verkeerde informatie heeft gegeven. Wij bepalen dan de datum waarop we de verzekering beëindigen.

Artikel 25

Kunnen wij de verzekering opzeggen?

We kunnen de verzekering alleen stoppen in de gevallen die we in deze voorwaarden noemen. We kunnen de verzekering niet om een andere reden opzeggen.

Hoofdstuk 8 Extra dekkingen

Artikel 26

Wat gebeurt er als de verzekerde een ongeval krijgt?

U bent extra verzekerd als de verzekerde een ongeval krijgt. U kunt hier meer over lezen in de bijzondere voorwaarden persoonlijke ongevallenverzekering. Die vindt u in bijlage 3 bij deze voorwaarden.

1. Krijgt de verzekerde een ongeval? En overlijdt hij door dat ongeval? Dan krijgen zijn erfgenamen één keer een uitkering. Zij krijgen dan het verzekerd bedrag voor rubriek A.
2. Krijgt de verzekerde een ongeval? En wordt hij daardoor blijvend invalide? Dan krijgt u één keer een extra uitkering. Die uitkering is maximaal twee keer het verzekerd bedrag voor rubriek B op dat moment.

Artikel 27

Wanneer vergoeden we kosten van preventie en re-integratie?

Als u of de verzekerde ons vooraf toestemming van ons krijgt, vergoeden we kosten van preventie en re-integratie. Preventiekosten maakt u of de verzekerde om te voorkomen dat de verzekerde arbeidsongeschikt wordt. Re-integratiekosten maakt u of de verzekerde zodat de verzekerde weer sneller kan gaan werken als hij arbeidsongeschikt is. Bijvoorbeeld als iemand de verzekerde helpt om ander werk te vinden. Of als hij moet revalideren, of een extra opleiding moet gaan doen. We kunnen de kosten geheel of gedeeltelijk vergoeden in de volgende gevallen:

1. de kosten zijn geen normale kosten van een medische behandeling;
2. de kosten kunnen niet op een andere manier worden vergoed.

Artikel 28

Welke rechten hebt u bij zwangerschap van de verzekerde?

1. U kunt een uitkering krijgen als de verzekerde zwanger is en bevalt. U krijgt alleen een uitkering als de verzekerde op de uiterekende datum minimaal 2 jaar is verzekerd voor zowel rubriek A als rubriek B. Wordt haar kind na 26 weken of later geboren? Dan hebt u dezelfde rechten als bij een bevalling na 40 weken.

2. U krijgt maximaal 16 weken achter elkaar een uitkering.
3. Ook bij een zwangerschap rekenen we met een periode van eigen risico. De periode van eigen risico halen we af van de duur van de uitkering. Hebt u in de 2 jaar voor de uiterekende datum uw periode van eigen risico verkort? Dan gebruiken we toch de andere, langere periode van eigen risico.
4. U moet ons zo snel mogelijk laten weten dat de verzekerde zwanger is. In ieder geval 3 maanden voor de uiterekende datum.
5. De uitkering is 1/365^{ste} deel van het verzekerd bedrag voor rubriek A per dag. Hebt u in de 2 jaar voor de uiterekende datum het verzekerd bedrag verhoogd? Of hebben we het verzekerd bedrag geïndexeerd? Dan gebruiken we het verzekerd bedrag van 2 jaar voor de uiterekende datum.
6. De periode van eigen risico begint vier weken voor de uiterekende datum. Wordt het kind meer dan 4 weken te vroeg geboren? Dan gaat de periode van eigen risico in bij de geboorte van het kind.
7. Hebt u recht op een bevallingsuitkering terwijl de verzekerde arbeidsongeschikt is? En is de uitkering voor de bevalling hoger? Dan krijgt u het hogere bedrag.

Artikel 29

Vergoeden we preventief medisch onderzoek?

1. De verzekerde mag zich één keer in de 2 jaar medisch laten onderzoeken. Dat mag alleen als hij volledig arbeidsgeschikt is. Hij mag dat voor het eerst doen in het kalenderjaar dat hij 2 jaar verzekerd is. Hebt u dus een verzekering sinds november 2009, dan mag de verzekerde zich in 2011 laten onderzoeken. Daarna mag het steeds na 2 kalenderjaren. Wij betalen de kosten van deze onderzoeken. Wil de verzekerde een medisch onderzoek? Laat het ons weten. U krijgt dan een bon van ons. Deze bon is 90 dagen geldig. Met deze bon kan de verzekerde naar de instelling gaan waar hij gekeurd wordt. We bepalen altijd welke of wat voor soort instelling dat is. De resultaten van het medisch onderzoek zijn voor de verzekerde. Wij krijgen die niet.
2. Heeft de verzekerde een medisch onderzoek laten doen? En betaalt een andere verzekering de kosten van dit onderzoek? Dan betalen we de kosten niet.

Artikel 30

Heeft iemand anders de arbeidongeschiktheid veroorzaakt?

De schade die de verzekerde heeft omdat iemand anders zijn arbeidsongeschiktheid heeft veroorzaakt, kan hij door de DAS op de tegenpartij laten verhalen. U kunt hier meer over lezen in de bijzondere voorwaarden verhaalsbijstanddekking. Die vindt u als bijlage 1 bij deze voorwaarden.

Artikel 31

Terrorismedekking

Voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van terrorisme geldt een aparte dekking.

U kunt hierover meer lezen in de bijzondere voorwaarden dekking bij terrorisme. Deze voorwaarden hebben wij in eenvoudig Nederlands herschreven. U vindt deze in bijlage 2 bij deze voorwaarden. Bij een beroep op deze dekking gelden de originele voorwaarden. Die kunt u lezen op www.terrorismeverzekerd.nl

Hoofdstuk 9 Slotbepalingen

Artikel 32

Welk adres gebruiken wij?

Het kan zijn dat wij u brieven sturen. Wij gebruiken dan het adres dat u als laatste hebt doorgegeven. Dat is het rechtsgeldige adres. Dat betekent dat we ervan uitgaan dat u de brieven die we naar dit adres sturen, ontvangt.

Algemene polisvoorwaarden

Artikel 33

Wat doen wij met uw persoonsgegevens?

U en de verzekerde hebben ons uw persoonsgegevens gegeven. Deze hebben wij nodig om uw verzekering te beheren. Of om bijvoorbeeld geld over te maken. Wij gebruiken de gegevens ook om fraude te voorkomen. Of om het klantenbestand te vergroten.

Artikel 34

Welk recht is op deze overeenkomst van toepassing?

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 35

Waar kunt u uw klacht naartoe sturen?

1. Hebt u klachten over deze verzekering of onze dienstverlening? Neemt u dan eerst contact op met uw tussenpersoon. Uw tussenpersoon zal dan met ASR Verzekeringen zoeken naar een passende oplossing.
2. Kan uw tussenpersoon geen oplossing bereiken? Dan kunt u een klacht sturen naar de klachtenservice van ASR Verzekeringen N.V. U stuurt uw brief met uw naam, adres en verzekeringsnummer naar:
ASR Verzekeringen Klachtenservice U02.B535
Postbus 2072
3500 HB Utrecht
U kunt hiervoor ook het klachtenformulier gebruiken op onze site:
www.asrverzekeringen.nl
3. Bent u niet tevreden over de oplossing die we bieden? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KlFID). U moet uw brief binnen drie maanden na onze definitieve reactie sturen naar:
Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon: 0900-fklacht / 0900-3552248
4. Wilt u geen gebruik maken van de mogelijkheden die hierboven staan? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de rechter.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Bijzondere voorwaarden verhaalsbijstanddekking

Bijlage 1

Bijzondere voorwaarden verhaalsbijstanddekking

Artikel 1

Wie regelt de verhaalsbijstand?

We regelen de verhaalsbijstanddekking van deze verzekering niet zelf. Hiervoor hebben we een contract met:

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
Karspeldreef 15
Postbus 23000
1100 DM Amsterdam
Telefoonnummer: (020)651 75 17

Artikel 2

Aanvullende begrippenlijst

Hieronder staan een aantal begrippen. In dit artikel leggen we uit wat we in deze bijzondere voorwaarden met deze begrippen bedoelen.

Tegenpartij:

Degene op wie de verzekerde zijn schade wil verhalen. Dit kan niet de verzekeraar van de arbeidsongeschiktheidverzekering zijn.

Gebeurtenis:

Dit is het moment waarop de tegenpartij de schade heeft veroorzaakt.

Schaderegelaar:

DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.

Verhaalsbijstand:

Is de arbeidsongeschiktheid door iemand anders veroorzaakt? Dan kan het zijn dat de verzekerde deze schade wil verhalen. Dat betekent dat hij de schade vergoed wil hebben. Soms is dit erg moeilijk. Hij heeft dan juridische hulp nodig. Deze hulp noemen we verhaalsbijstand.

Rechtens bevoegd deskundige:

Deskundige die verhaalsbijstand mag verlenen in een gerechtelijke of administratieve procedure.

Artikel 3

Waar kan de verzekerde verhaalsbijstand krijgen?

De verzekerde krijgt alleen verhaalsbijstand binnen de Benelux. Voorwaarde is dat de rechter in de Benelux bevoegd is. En het recht van een van de Benelux landen van toepassing is.

Artikel 4

Hoe regelt DAS de verhaalsbijstand?

1. DAS regelt de verhaalsbijstand. Zij overleggen met de verzekerde hoe zij werken. Zij vertellen of zij het resultaat dat de verzekerde wil halen, ook kunnen halen.
2. Is er geen redelijke kans (meer) dat de verzekerde het gewenste resultaat bereikt? Dan stopt de verhaalsbijstand.
3. Zijn de kosten van verhaalsbijstand niet meer in verhouding tot de schade die de verzekerde heeft geleden? Dan mag DAS besluiten hem geen verhaalsbijstand meer te geven. DAS vergoedt dan de schade van verzekerde.
4. Komt de zaak voor de rechter? Als dan de bijstand van een advocaat vereist is, zorgt DAS dat de verzekerde een advocaat of andere rechtens bevoegd deskundige krijgt. Heeft hij verhaalsbijstand nodig in Nederland? Dan krijgt de verzekerde een advocaat of rechtens bevoegd deskundige die in Nederland ingeschreven is. Of in Nederland een kantoor houdt. Heeft hij verhaalsbijstand nodig in het buitenland? Dan krijgt hij daar een advocaat of rechtens bevoegd deskundige.
5. Alleen DAS mag de advocaten, juristen en andere deskundigen opdrachten geven. U of de verzekerde mag dat niet zelf. DAS overlegt eerst met de verzekerde. Dan geeft DAS de opdrachten namens verzekerde. De verzekerde geeft DAS toestemming om namens hem op te treden. Deze toestemming kan hij later niet meer intrekken.
6. Geeft DAS opdracht aan een advocaat of een rechtens bevoegd deskundige om de verzekerde bij te staan in een gerechtelijke of administratieve procedure? Dan mag de verzekerde zelf bepalen welke advocaat of rechtens bevoegd deskundige hem helpt. In alle andere gevallen bepaalt DAS de keuze.

7. Behandelt een externe deskundige de zaak? Dan is DAS niet verantwoordelijk voor eventuele schade.

Artikel 5

Wat vergoedt de verhaalsbijstandverzekering?

De verhaalsbijstandverzekering vergoedt de volgende kosten:

1. De interne kosten. Dit zijn de kosten van de deskundigen van DAS.
2. De externe kosten met een maximum van € 5.000 per gebeurtenis. Dit zijn:
 - a. De vergoedingen en voorschotten voor de externe deskundigen die DAS inschakelt.
 - b. De kosten van de getuigen. De rechter moet deze kosten hebben toegewezen.
 - c. De proceskosten die de verzekerde moet betalen.
 - d. De reiskosten en verblijfkosten die de verzekerde in het buitenland moet maken. Dit geldt alleen als de verzekerde naar een buitenlandse rechter moet gaan. Of als zijn advocaat wil dat hij naar een buitenlandse rechter gaat. Voordat de verzekerde deze kosten maakt, moet hij overleggen met DAS.
 - e. De kosten van de tenuitvoerlegging van een vonnis.

Artikel 6

Wanneer krijgt de verzekerde geen verhaalsbijstand (meer) van DAS?

In de volgende gevallen krijgt de verzekerde geen verhaalsbijstand (meer) van DAS:

1. U hebt geen recht op een uitkering uit deze arbeidsongeschiktheidsverzekering.
2. De verzekerde krijgt al een uitkering voor de te verhalen schade. Of hij krijgt een vergoeding voor de schade uit een andere verzekering of wettelijke regeling. Het maakt niet uit of die verzekering of regeling ouder is dan deze polis.
3. De verzekerde heeft recht op verhaalsbijstand uit een andere verzekering. Het maakt niet uit of die verzekering ouder is dan deze polis.
4. U of de verzekerde doet iets dat niet mag volgens deze voorwaarden. Of u of de verzekerde doet iets waar DAS schade van heeft. Bijvoorbeeld als hij verhaalsbijstand nodig heeft, maar dit te laat meldt bij DAS. In zo'n geval zou DAS extra moeite moeten doen. En extra kosten moeten maken om hem te helpen.
5. De verzekerde heeft een conflict met DAS over deze verzekering. Gaat hij zelf naar de rechter? En beslist de rechter in een vonnis waartegen geen hoger beroep mogelijk is? Dan vergoedt DAS de redelijk gemaakte kosten van verhaalsbijstand toch.
6. U of de verzekerde hebt bewust iets gedaan of niet gedaan om er beter van te worden. En daardoor heeft de verzekerde verhaalsbijstand nodig.
7. De verzekerde heeft een conflict omdat hij een schuld van iemand anders heeft overgenomen. Of omdat hij garant staat voor de schuld van iemand anders.

Artikel 7

Wat zijn de plichten van de verzekerde als hij verhaalsbijstand krijgt van DAS?

Als de verzekerde verhaalsbijstand wil, is hij verplicht het volgende te doen:

1. Heeft de verzekerde verhaalsbijstand nodig? Dan moet hij dit zo snel mogelijk melden aan DAS. Meldt hij de gebeurtenis een jaar nadat het is ontstaan? Dan hoeft DAS hem geen verhaalsbijstand te geven.
2. De verzekerde moet zo goed mogelijk meewerken met DAS. Of met de externe deskundigen die DAS kiest. Dat betekent het volgende:
 - a. De verzekerde moet alle informatie geven die DAS vraagt. Of die de externe deskundige vragen.
 - b. Hebben externe deskundigen informatie die belangrijk is voor zijn zaak? Dan moet hij DAS machtigen om deze informatie te kunnen bekijken.
 - c. Het kan zijn dat DAS hem vraagt om zich als civiele partij in een strafzaak te stellen. Om zo de kosten van de verhaalsbijstand bij anderen terug te vragen. Hij mag dan niet weigeren.
 - d. Hij mag niets doen wat nadelig kan zijn voor DAS.
3. Heeft de tegenpartij kosten die DAS heeft voorgesloten op de rekening van verzekerde gestort? Dan moet hij die terugbetalen aan DAS. Dit zijn bijvoorbeeld de proceskosten.

Bijzondere voorwaarden verhaalsbijstanddekking

4. In de volgende gevallen heeft de verzekerde geen recht op verhaalsbijstand:
 - a. Hij doet niet wat in lid 1 en 2 van dit artikel staat.
 - b. Hij geeft bewust onjuiste informatie over zijn zaak. Of hij laat anderen onjuiste informatie geven.
 - c. Hij geeft DAS onvolledige informatie over zijn zaak. Of hij laat anderen onvolledige informatie geven.

Artikel 8

Beide partijen hebben recht op bijstand van DAS. Wat nu?

Is er een conflict tussen twee verzekerden? En hebben beide partijen een eigen verhaalsbijstandverzekering bij DAS? Dan mogen zij allebei een advocaat kiezen. Deze geeft hun verhaalsbijstand. DAS betaalt dit.

Artikel 9

De verzekerde is het niet eens met DAS. Wat nu?

1. Is de verzekerde het niet eens met de manier waarop DAS zijn zaak behandelt? Of met het oordeel van DAS over de haalbaarheid? En kunnen wij dat meningsverschil samen niet oplossen? Dan kan de verzekerde DAS vragen dit meningsverschil voor te leggen aan een Nederlandse advocaat. Deze advocaat kan hij zelf kiezen.
2. DAS legt de advocaat uit waar het meningsverschil over gaat. En geeft hem alle informatie die hij nodig heeft. Het kan zijn dat de advocaat ook de kant van het verhaal van de verzekerde wil horen. Het oordeel van de advocaat is bindend. DAS moet zich houden aan zijn oordeel. DAS betaalt de kosten van de advocaat.
3. Is de verzekerde het niet eens met het oordeel van de advocaat. Dan kan hij zelf verder gaan met zijn zaak en naar de rechter gaan. Dat doet hij dan wel voor zijn eigen risico. Hij moet de kosten ook zelf betalen. Bepaalt de rechter later in een vonnis waartegen geen beroep meer mogelijk is dat de verzekerde gelijk heeft? Of gedeeltelijk gelijk heeft? Dan krijgt hij de in redelijkheid gemaakte kosten voor verhaalsbijstand weer terug.
4. Gaat de verzekerde zelf naar de rechter omdat hij het niet eens is met het oordeel van de advocaat? Dan moet hij dat binnen 1 jaar doen nadat DAS hem een brief heeft gestuurd met hun standpunt. Na 1 jaar heeft de verzekerde geen recht meer om over dit meningsverschil naar de rechter te gaan. Het recht is dan verjaard.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Bijzondere voorwaarden dekking bij terrorisme

Bijlage 2 Bijzondere voorwaarden dekking bij terrorisme

Deze bijzondere voorwaarden hebben wij in eenvoudig Nederlands geschreven. Bij een beroep op deze dekking gelden de originele voorwaarden. Die kunt u lezen op www.terrorisneverzekerd.nl

Artikel 1

Begrippenlijst

In artikel 2 en 3 gebruiken we een aantal begrippen. Hieronder leggen uit wat we precies met deze begrippen bedoelen.

Terrorisme:

Terrorisme is geweld in de vorm van een aanslag. Of meerdere aanslagen die iets met elkaar te maken hebben. De terroristen plegen de aanslagen om een bepaald doel te bereiken. Dit kan een politiek, religieus of ideologisch doel zijn. Met deze aanslagen verwonden ze of doden ze mensen. Door terrorisme kunnen ook andere dingen schade hebben. Zoals bijvoorbeeld gebouwen. Of de economie kan er slechter door worden. Bij terrorisme spreken we van geweld. Molest is géén voorbeeld van terrorisme.

Kwaadwillige besmetting:

Bij kwaadwillige besmetting verspreiden mensen ziektekiemen of gevaarlijke stoffen. Deze stoffen kunnen fysisch, biologisch, radioactief of chemisch zijn. Ze kunnen mensen of dieren verwonden of doden. Kwaadwillige besmetting wordt gedaan om een bepaald doel te bereiken. Dit kan een politiek, religieus of ideologisch doel zijn. Bij kwaadwillige besmetting kunnen ook andere dingen schade hebben. Zoals bijvoorbeeld gebouwen. Of de economie kan er slechter door worden. Molest is géén voorbeeld van kwaadwillige besmetting.

Molest

De 6 vormen van molest zijn:

1. een gewapend conflict: als landen met elkaar in oorlog zijn;
2. een burgeroorlog: als inwoners van één land met elkaar oorlog moeten voeren;
3. een opstand: als inwoners van een land zich met geweld verzetten tegen de overheid van dat land;
4. binnenlandse onlusten: als groepen geweld gebruiken op verschillende plaatsen in een land;
5. oproer: als een groep mensen op één plaats zich met geweld verzet tegen de overheid;
6. munitie: als een groep militairen zich met geweld verzet tegen hun commandanten.

Preventieve maatregelen:

Alles wat je doet om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting weg te nemen. Of kleiner te maken.

Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT)

Deze Nederlandse herverzekeringsmaatschappij is opgericht door het Verbond van Verzekeraars. Verzekeraars kunnen zichzelf bij deze maatschappij verzekeren. Moet een verzekeraar schade vergoeden? En is deze schade ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen? Dan krijgt u een vergoeding voor de schade.

Artikel 2

Tot welk bedrag vergoedt de NHT?

1. Hebt u schade door terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen? Of door het voorbereiden van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen? Dan noemen we dat terrorismesrisico. Bij terrorismesrisico is uw verzekeraar afhankelijk van de NHT. De schadevergoeding of de uitkering die u krijgt mag niet hoger zijn dan de uitkering die uw verzekeraar krijgt van de NHT. Behalve als u een verzekering met vermogensopbouw hebt. Dan krijgt u ook het vermogen dat u al had opgebouwd. Hebt u een levensverzekering met vermogensopbouw? Dan krijgt u de premiereserve.
2. De NHT vergoedt schade door terrorismesrisico tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Het bedrag is voor alle verzekeraars samen. De NHT kan dit bedrag jaarlijks veranderen. Verandert de NHT dit bedrag? Dan meldt ze dit in 3 landelijke kranten. Voor schade en gevolgschade aan onroerende goederen en de inhoud daarvan geldt een andere vergoeding. De NHT vergoedt dan tot

maximaal 75 miljoen euro per kalenderjaar. Het bedrag is voor alle verzekeraars samen. Het maakt niet uit hoeveel polissen er in totaal zijn. Deze vergoeding is voor één verzekerde locatie. De verzekerde locatie zijn alle objecten die verzekerd zijn door de verzekeringnemer:

- a. op het risicoadres;
- b. buiten het risicoadres. In dit geval moeten de objecten wel iets te maken hebben met de bedrijfsactiviteit op het risicoadres;
- c. die minder dan 50 meter van elkaar liggen. In dit geval moet één van de objecten op het risicoadres liggen.

Soms vormen rechtspersonen of vennootschappen een groep. Zo'n groep beschouwen we als één verzekeringnemer. Het maakt daarbij niet uit welk lid van een groep een verzekering heeft afgesloten.

Artikel 3

Wat zijn de regels van het protocol afwikkeling claims?

1. Voor de herverzekeringsmaatschappij gelden de regels van het Protocol afwikkeling claims. In dit protocol staan onder andere de volgende zaken:
 - a. Is er schade door terrorisme? Dan mag de NHT de uitkering uitstellen. Dit mag tot de NHT kan beoordelen of zij voldoende geld heeft om alle uitkeringen te betalen.
 - b. Blijkt dat de NHT niet voldoende geld heeft? Dan mag de NHT de verzekeraar een deel van de uitkering betalen.
2. De NHT beoordeelt of er inderdaad sprake is van terrorismesrisico. Het besluit dat de NHT neemt is bindend.
3. De NHT meldt de verzekeraar eerst hoe hoog de uitkering is. Daarna heeft de verzekeraar recht op een uitkering.
4. Heeft de NHT beoordeeld dat er bij een bepaalde gebeurtenis sprake is van terrorismesrisico? Dan moet u binnen twee jaar na de gebeurtenis uw schade melden.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Bijzondere voorwaarden persoonlijke ongevallenverzekering

Bijlage 3

Bijzondere voorwaarden persoonlijke ongevallenverzekering

Artikel 1

Begrippenlijst

Blijvende invaliditeit:

De verzekerde kan een lichaamsdeel niet meer gebruiken. Of niet meer helemaal gebruiken. Of een orgaan functioneert niet meer, of niet meer helemaal. Deze toestand is blijvend.

Ongeval:

Een ongeval gebeurt altijd onverwacht en zonder dat de verzekerde het wilt. Een ongeval veroorzaakt met geweld van buitenaf letsel aan het lichaam. Dit letsel is het directe gevolg van het ongeval. Een arts moet het letsel vast kunnen stellen.

De volgende gebeurtenissen zijn ook een ongeval:

1. De verzekerde krijgt plotseling en zonder dat hij het wilt giftige gassen of dampen binnen. Of giftige vloeibare of vaste stoffen. Vergiftiging door ziekten of allergieën zijn geen letsel door een ongeval.
2. De verzekerde krijgt plotseling en zonder dat hij het wilt een stof of voorwerp in zijn oren, ogen, luchtwegen of spijsverteringskanaal. En dit veroorzaakt inwendig letsel bij hem. Het binnenkrijgen van ziektekiemen of allergieën zijn geen letsel door een ongeval.
3. De verzekerde valt in het water of in een andere stof zonder dat hij het wilt. En hierdoor wordt hij vergiftigd of besmet.
4. De verzekerde bevriest, verbrandt, verdrinkt, verstikt, krijgt een zonnesteek of een hitteberoerte. Of hij krijgt letsel door elektrische ontladingen, bijvoorbeeld blikseminslag.
5. De verzekerde is geïsoleerd door een natuurramp of doordat iets is ingestort. Of door een andere grote ramp. Hierdoor verhongert hij, droogt hij uit of raakt hij uitgeput. Of hij verbrandt door de zon.
6. De verzekerde verstuikt of ontwricht plotseling iets. Of een spier of bandweefsel scheurt. Een arts moet dan wel kunnen beoordelen waar de verzekerde letsel heeft. En wat voor letsel het is.
7. De verzekerde krijgt een ongeval en iemand geeft hem EHBO. Daardoor is het letsel erger geworden. Of heeft hij ander letsel gekregen. Dit geldt alleen als de verzekerde EHBO kreeg van een arts. Of als een arts verantwoordelijk was.
8. De verzekerde krijgt een ongeval. Als direct gevolg van het ongeval krijgt hij bloedvergiftiging of wondinfectie.
9. Een arts heeft de verzekerde een behandeling voorgeschreven. Bij deze behandeling krijgt de verzekerde een bloedtransfusie of een injectie met een naald. En hierdoor krijgt hij HIV. Dit geldt alleen als een arts of verpleegkundige de behandeling heeft gegeven in een erkend ziekenhuis.
10. De verzekerde krijgt een post-whiplashsyndroom door het whiplashtrauma. Wat dit is staat omschreven in de voorwaarden van de Nederlandse Vereniging van Neurologie.
11. De verzekerde krijgt letsel terwijl hij zichzelf, iemand anders of een dier wilt redden.
12. De verzekerde krijgt letsel door rechtmatige zelfverdediging.

Verzekerde:

De persoon die bij ons verzekerd is tegen arbeidsongeschiktheid. Wie dat is, staat op het polisblad.

Artikel 2

Waar geldt deze verzekering?

Deze verzekering is geldig in de hele wereld.

Artikel 3

Wanneer geldt deze verzekering niet?

In de voorwaarden van de arbeidsongeschiktheidsverzekering staan situaties wanneer de verzekering niet geldt. Die gelden ook voor deze verzekering. Daarnaast geldt deze verzekering niet in de volgende situaties:

1. De verzekerde pleegt zelfmoord. Of hij is blijvend invalide doordat hij zelfmoord probeerde te plegen.
2. Hieronder staan een aantal situaties. Is zijn letsel ontstaan of erger geworden door een van deze situaties? Dan krijgt u geen uitkering.
 - a. De verzekerde brengt zichzelf met opzet letsel toe. Of u brengt hem met opzet letsel toe. Of het letsel was in belangrijke mate de eigen schuld van u of de verzekerde. Kunt u aantonen dat we de

- a. De verzekerde niet kunnen verwijten dat hij letsel kreeg? Of kunt u aantonen dat we u niet kunnen verwijten dat de verzekerde letsel kreeg? Dan krijgt u wel een uitkering.
 - b. De verzekerde heeft te veel alcohol op. Met te veel alcohol bedoelen we:
 - een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille of hoger;
 - een ademalcoholgehalte van 220 microgram of hoger.
 - c. De verzekerde rijdt een motorrijtuig zonder geldig Nederlands rijbewijs of rijvaardigheidsbewijs.
 - d. De verzekerde zit op een motor of bromfiets en hij draagt geen helm. Kunt u aantonen dat het letsel niet komt doordat de verzekerde geen helm droeg? Dan krijgt u wel een uitkering.
 - e. De verzekerde zit in een vliegtuig of een ander luchtvaartuig. En dit vliegtuig wordt niet gebruikt voor openbaar personenvervoer.
 - f. De verzekerde vaart op zee en doet mee aan een wedstrijd. Of hij vaart op zee op een boot die niet geschikt is voor de zeevaart. Of hij vaart zonder andere personen op zee.
 - g. De verzekerde doet mee aan een gevaarlijke sport of activiteit. Of hij is bezig met de voorbereiding of de training daarvoor. Bijvoorbeeld:
 1. abseilen, klettern, bergbeklimmen
 2. gletsjertochten zonder erkende gids
 3. bergwandelingen of bergtochten over wegen waar alleen met veel ervaring gelopen kan worden
 4. bungee-jumping, wildwatervaren, raften
 5. wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen en Wisbiwedstrijden)
 6. ijshockey
 7. snelheidsritten, recordritten of betrouwbaarheidsritten, of races met een motorrijtuig of motorvaartuig
 8. vechtsport, rugby, wielervedstrijd en wedstrijden op een paard
 - h. De verzekerde doet een andere wintersport dan: alpineskiën, langlaufen, monoskiën, rodelen, schaatsen, skibob, skizeilen, sleeën, snowboarden, surfskiën, swingbo en ijszeilen.
 - i. De verzekerde doet één van de wintersporten die we hierboven beschrijven. Hij doet dat in een wedstrijd. Of hij doet dat zonder deskundige begeleiding. En buiten het gebied waar het publiek deze sport mag doen.
 - j. De verzekerde sport voor zijn beroep. Of hij is sportinstructeur.
 - k. De verzekerde gebruikt voor zijn beroep machines om hout te bewerken.
 - l. De verzekerde pleegt een misdrijf alleen of samen met anderen. Of hij probeert een misdrijf te plegen.
3. U krijgt geen uitkering als de verzekerde een ongeval:
 - a. krijgt doordat hij een ziekte of doordat hij een lichamelijke of geestelijke handicap heeft. Is die handicap of ziekte het gevolg van een ongeval? En heeft de verzekerde door dat ongeval eerder uit deze verzekering recht gehad op een uitkering? Dan geldt de verzekering wel.
 - b. krijgt en daarbij een psychische aandoening oploopt. Behalve als de psychische aandoening het gevolg is van hersenletsel dat bij het ongeval is ontstaan.
 - c. tijdens een periode van detentie heeft gekregen. Hiermee bedoelen we (voorlopige) hechtenis, gevangenisstraf en ter beschikking stelling van de regering (TBS).

Artikel 4

Wat zijn de plichten van u en de verzekerde?

In de verzekering voor arbeidsongeschiktheid staan de plichten voor u en de verzekerde. Die gelden ook voor deze verzekering. Daarnaast gelden ook de volgende plichten.

1. Krijgt de verzekerde een ongeval? Dan moet u of de verzekerde dat zo snel mogelijk aan ons melden. U doet dit door ons een ingevuld en ondertekend schadeformulier te sturen. Dit moet binnen 90 dagen na het ongeval.
2. Overlijdt de verzekerde door een ongeval? Dan moet u dit zo snel mogelijk aan ons melden. Dit moet in ieder geval voor de begrafenis of crematie. We kunnen het lichaam dan nog onderzoeken als dit nodig is.
3. Meldt u of de verzekerde het ongeval meer dan 90 dagen nadat het heeft plaatsgevonden? Dan geldt de verzekering alleen nog bij blijvende invaliditeit. Dan krijgt u alleen nog een uitkering als u ons het volgende kunt bewijzen:
 - a. De blijvende invaliditeit komt alleen door het ongeval.
 - b. De gevolgen van het ongeval zijn niet groter geworden door een lichamelijke handicap, ziekte of geestesziekte.

ASR Arbeidsongeschiktheidsverzekering Basis

Bijzondere voorwaarden persoonlijke ongevallenverzekering

- c. De verzekerde heeft alles gedaan wat zijn arts hem heeft voorgeschreven.
- d. Meldt u of de verzekerde het ongeval meer dan 24 maanden nadat het heeft plaatsgevonden? Dan heeft u geen recht meer op een uitkering van deze verzekering.
4. Hieronder staan nog een aantal plichten voor u en de verzekerde:
 - a. U beide moet ons alle medewerking geven om de oorzaak van het ongeval te bepalen. Of de doodsoorzaak. Dit betekent dat we ook de overledene moeten kunnen onderzoeken.
 - b. De verzekerde moet zich direct na het ongeval door een arts laten behandelen. Hij moet alles doen om zo snel mogelijk beter te worden.
 - c. Is de verzekerde hersteld? Of is hij niet meer onder behandeling van een arts? Dan moet hij ons dat zo snel mogelijk laten weten. Dit doet hij door ons een brief te sturen.
 - d. U beide moet ons alle informatie geven die we nodig hebben. Het kan zijn dat we andere deskundigen raadplegen. De verzekerde moet ons hiervoor toestemming geven. Dit doet hij door een machtiging.
 - e. U beide mag ons niet bewust verkeerde informatie geven. U beide mag ook niet bewust informatie achterhouden die belangrijk is voor ons.
 - f. De verzekerde moet zich door een onafhankelijke arts laten onderzoeken als we dat vragen. Onze medisch adviseurs zeggen naar welke arts hij moet gaan. De verzekerde moet de arts alle informatie geven die hij nodig heeft. En de arts een machtiging geven om andere deskundigen te raadplegen.
 - g. Hebt u een verzoek voor een uitkering ingediend? En gaat de verzekerde naar het buitenland? Dan moet u ons dit zo snel mogelijk laten weten.

Artikel 5

Hoe beoordelen we hoe erg de verzekerde blijvend invalide is?

1. We beoordelen hoe erg de verzekerde blijvend invalide is. Daarbij houden we geen rekening met zijn beroep. Of met zijn toekomstige beroep of bezigheden.
2. We wachten tot de toestand van het letsel niet meer verandert. Pas dan kunnen we bepalen hoe erg de verzekerde blijvend invalide is.
3. We bepalen uiterlijk 24 maanden na het ongeval voor welk percentage de verzekerde invalide is. We kunnen dit ook later doen. Hiervoor moet u toestemming geven. In dat geval kunt u een voorschot op de uitkering krijgen.
4. Overlijdt de verzekerde terwijl we nog niet hebben bepaald voor welk percentage hij invalide is? En heeft zijn overlijden niets te maken met het ongeval? Dan gebruiken we de laatste gegevens die we hebben om de uitkering te bepalen.
5. We beoordelen objectief voor welke percentage de verzekerde invalide is. We gebruiken hiervoor de laatste uitgave van American Medical Association. We gebruiken ook richtlijnen van de Nederlandse specialistenvereniging.

Artikel 6

Welke uitkering geven we als de verzekerde overlijdt?

1. Overlijdt de verzekerde en is dat een direct gevolg van een ongeval? Dan betalen we de erfgename het verzekerd bedrag voor rubriek A dat op dat moment geldt.
2. Hebt u of de begunstigde een uitkering voor blijvende invaliditeit gehad? En overlijdt de verzekerde later als gevolg van hetzelfde ongeval? Dan halen we de uitkering die u al ontvangen hebt af van de uitkering bij overlijden. Is de uitkering bij overlijden lager? Dan vragen we het verschil niet terug.
3. Krijgt de verzekerde in het buitenland een ongeval? En overlijdt hij daar? Dan vergoeden we ook de kosten om zijn lichaam naar Nederland te brengen. Betaalt een andere verzekering deze kosten? Dan vergoeden we deze niet.

Artikel 7

Hoeveel uitkering krijgt u als de verzekerde blijvend invalide is?

De hoogte van de uitkering hangt af van het bedrag dat u op dat moment verzekerd hebt voor rubriek B.

Hieronder staan de letsels die recht kunnen geven op een uitkering. Ernaast staat hoeveel procent van het verzekerd bedrag we uitkeren als de verzekerde dit letsel heeft:

Letsel	Percentage uitkering
De verzekerde heeft hersenletsel. En daardoor is hij krankzinnig geworden of kan hij zijn denkvermogen helemaal niet meer gebruiken.	100%
De verzekerde is helemaal blind aan beide ogen.	100%
De verzekerde is helemaal blind aan één oog.	30%
U hebt al een uitkering uit deze verzekering gehad omdat de verzekerde helemaal blind is aan één oog.	
En nu is hij ook blind aan zijn andere oog.	70%
De verzekerde is helemaal doof aan beide oren.	60%
De verzekerde is helemaal doof aan één oor.	25%
U hebt al een uitkering uit deze verzekering omdat de verzekerde helemaal doof is aan één oor.	
En nu is hij ook doof aan zijn andere oor.	35%
De verzekerde kan helemaal niet meer praten.	50%
De verzekerde kan helemaal niets meer ruiken of proeven.	10%
De verzekerde verliest heel zijn natuurlijke gebit.	20%
De verzekerde verliest een long.	25%
De verzekerde verliest de milt.	3%

Hieronder staat een aantal delen van het lichaam. Verliest de verzekerde een van deze lichaamsdelen? Of kan hij het lichaamsdeel helemaal niet meer gebruiken? Dan krijgt u het percentage dat erachter staat.

Een arm tot in zijn schouder	75%
Een arm vanaf zijn elleboog tot in zijn schouder	70%
Een hand of arm onder zijn elleboog	65%
Een duim	25%
Een wijsvinger	15%
Een middelvinger, ringvinger of pink	12%
Alle vingers aan één hand	65%
Een been tot in zijn heup	5%
Een been vanaf zijn knie tot in zijn heup	60%
Een been of voet onder zijn knie	50%
Een grote teen	10%
Eén van de andere tenen	5%

Hierboven hebben we beschreven welk percentage u krijgt als de verzekerde een lichaamsdeel helemaal niet meer kan gebruiken. Of verliest. Kan hij een lichaamsdeel voor een deel wel gebruiken? Dan krijgt u een deel van het percentage. Is hij bijvoorbeeld voor 50% doof aan één oor. Dan krijgt u 50% van de 25%. U krijgt dus 12,5% van het verzekerd bedrag.

1. Verliest de verzekerde een hele tand of een hele kies? Dan krijgt u het 1/32^{ste} deel van de uitkering voor het gebit. U krijgt geen uitkering als er bijvoorbeeld een deel van een tand afbreekt.
2. Staat het letsel niet in de lijst van dit artikel? Dan kijken we hoe erg de verzekerde blijvend invalide is geworden. En bepalen we hoe hoog uw uitkering is.
3. Was de verzekerde voor het ongeval al gedeeltelijk invalide? En wordt hij door een ongeval meer invalide? Dan bepalen we uw uitkering als volgt: We kijken eerst welk percentage hoort bij zijn letsel na het ongeval. Het percentage dat hoort bij de invaliditeit vóór het ongeval halen we daarvan af.
4. Krijgt de verzekerde meerdere ongevallen binnen 24 uur? Dan krijgt u niet meer dan het verzekerd bedrag voor rubriek B.
5. Krijgt de verzekerde HIV in een situatie zoals we die omschrijven in artikel 1.9? Dan krijgt u één keer een uitkering van €5.000.
6. Krijgt de verzekerde een post-whiplashsyndroom zoals de Nederlandse Vereniging van Neurologie dat heeft vastgesteld? Dan krijgt u één keer een uitkering van maximaal 8% van het verzekerd bedrag voor rubriek B.

Artikel 8

Wie krijgt de uitkering?

1. De verzekeringnemer krijgt de uitkering.
2. Als de verzekerde overlijdt, krijgen zijn erfgenamen de uitkering. Heeft een erfgenaam recht op een deel van de bezittingen? Dan krijgt hij ook datzelfde deel van de uitkering.
3. We kunnen de uitkering ook aan iemand anders overmaken. Als u dat wilt, moet u ons dit laten weten. Als de wet dat toestaat passen we de polis aan. De wijziging is geldig voor ongevallen die daarna gebeuren.
4. De overheid kan geen begunstigde zijn.

Artikel 9

Wanneer betalen we wettelijke rente?

Voor de wettelijke rente gelden de volgende bepalingen:

1. Is het ongeval 12 maanden geleden gebeurd? En is nog niet bepaald voor welk percentage de verzekerde blijvend invalide is? Dan vergoeden we de wettelijke rente vanaf de 366^{ste} dag na het ongeval.
2. Heeft u of de verzekerde het ongeval na 90 dagen gemeld? Dan vergoeden we de wettelijke rente vanaf de 366^{ste} dag nadat we de melding van het ongeval hebben ontvangen.
3. Op de dag dat we de uitkering betalen, eindigt het recht op vergoeding van de wettelijke rente. De wettelijke rente betalen we tegelijk met de uitkering.