



Algemene Voorwaarden
Arbeidsongeschiktheidsverzekering 2019

Inhoud

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

ARTIKEL 1 DEFINITIES

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeraar

Elips Life AG, gevestigd te Triesen en kantoorhoudend te Amstelveen.

1.2 Verzekeringnemer

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

1.3 KVV(A)

Koekenberg Van Vuuren (Assuradeuren) B.V., gevestigd te Delft

1.4 Verzekerde

de persoon op wiens leven de verzekering is gesloten.

1.5 Inkomen

Als de verzekerde een zelfstandig gevestigde beroepsuitoefenaar (IB ondernemer) is, wordt onder inkomen verstaan:

De belastbare winst uit onderneming en het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden, zoals bedoeld in de Wet inkomstenbelasting 2001 uit het in de verzekeringsovereenkomst genoemde beroep vermeerderd met:

- de investeringsaftrek, ondernemersaftrek en Mkb-winstvrijstelling
- fiscaal toegestane afschrijvingen op bedrijfsmiddelen en
- eventuele verschuldigde premies voor een beroepspensioenregeling.

Als de verzekerde werkt als directeur-groootaandeelhouder in dienst van een BV, wordt onder inkomen verstaan:

Het jaarlijkse belastbaar loon vermeerderd met:

- de op basis van de financierings- of verzekeringsovereenkomst voor de pensioenregeling van de verzekerde verschuldigde periodieke pensioenpremie
- het deel van de nog niet als loon doorbetaalde management fee
- de aan de BV van de verzekerde toegekende winstaandelen.

Een en ander voor zover de genoemde Inkomenscomponenten van de verzekerde zijn toe te rekenen aan zijn arbeidsinzet en in verband staan met het verzekerde beroep.

Indien een verzekerde nog geen 3 jaren als zelfstandige werkzaam is, wordt voor het bepalen van het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 jaren er van uitgegaan dat het inkomen van betrokkene ten opzichte van het laatste jaar of twee jaren daarvoor niet is gewijzigd.

1.6 Arbeidsongeschiktheid

van arbeidsongeschiktheid onder deze overeenkomst is uitsluitend sprake indien en voor zolang er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren bij de uitoefening van het verzekerde beroep. Onverminderd het hiervoor bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht indien de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het verzekeringsbewijs omschreven beroep. Geen rekening wordt gehouden met eventuele verminderde gelegenheid tot het verrichten van de genoemde werkzaamheden.

1.7 Wachtijd:

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

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

1.8 Verzekerd bedrag:

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

1.9 Obligo:

het absolute maximale bedrag dat de verzekeraar aanvaardt. Hierbij wordt mede in aanmerking genomen een op het leven van de betrokken verzekerde in verband met diens arbeidsongeschiktheidsrisico in dekking gegeven bedrag krachtens een overeenkomst tussen de verzekeringnemer dan wel de verzekerde en een andere verzekeraar.

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

1.10 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid:

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

ARTIKEL 2 ALGEMEEN

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

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

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

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

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

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

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

2.8 De aanspraak op de uitkeringen kan niet worden afgekocht, vervreemd of voorwerp van zekerheid worden noch kan er anderszins een handeling mee worden verricht die zou leiden tot het in aanmerking nemen van negatieve uitgaven van inkomensvoorzieningen in de zin van de Wet inkomstenbelasting 2001, noch kan hier een handeling mee verricht worden die zou leiden tot een belaste aanspraak in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964.

ARTIKEL 3 MEDEDELINGSPLICHT EN GEVOLGEN

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

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

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

3.4 Met uitzondering van de in 3.3 bedoelde situatie heeft de verzekeringnemer in het in 3.2 bedoelde geval de mogelijkheid om:

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

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

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

ARTIKEL 4 AANBIEDING EN AANVAARDING VAN HET ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSRISICO

4.1 Aanvaarding uit hoofde van dit artikel is beperkt tot het obligo.

4.2 Tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders overeengekomen, wordt het arbeidsongeschiktheidsrisico of de uitbreiding van het bestaande risico, alvorens acceptatie kan plaatsvinden, door de verzekeraar beoordeeld op basis van medische gegevens die ten genoegen van verzekeraar dienen te worden verstrekt.

Voor een verhoging van het verzekerde bedrag, eindleeftijd, indexatie dan wel een verkorting van de wachttijd, is eveneens de beoordeling door de verzekeraar noodzakelijk op basis van medische gegevens die ten genoegen van verzekeraar dienen te worden verstrekt, met uitzondering van de situaties beschreven in lid 4.4 en 4.5.

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

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

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

- a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en
- b) het verhogingsbedrag is maximaal 14% van het verzekerd bedrag dat al verzekerd is;
en
- c) de verzekerde is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag.

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

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

- a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en
- b) de verzekerde is jonger dan 55 jaar op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- c) de verhoging is het gevolg van een toename in het inkomen van de verzekerde en het verhogingsbedrag is maximaal 14% van het verzekerd bedrag dat al verzekerd is; en
- d) de verzekerde is op het moment van de verhogingsaanvraag niet onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener; en
- e) de verzekerde was niet langer dan 2 weken onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag; en
- f) de verzekerde is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag; en
- g) de verzekerde is maximaal 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag.

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

4.6 Het door de verzekeraar accepteren van een verzekeringspremie voor een risico dat niet onder de strekking van deze overeenkomst valt, geeft ten aanzien van deze risico's onder geen enkele omstandigheid recht op een aanspraak op de verzekeraar anders dan de restitutie van de voor deze risico's door de verzekeraar ontvangen verzekeringspremie.

ARTIKEL 5 AANVANG VAN HET RISICO EN DUUR VAN DE DEKKING

5.1 De verzekeringsdekking (of de uitbreiding van een verzekeringsdekking) en het daaruit voortvloeiende risico voor de verzekeraar vangt aan op de ingangsdatum en niet voordat de verzekeringsaanvraag door KVV is ontvangen, met dien verstande dat de verzekering slechts in werking treedt indien de verzekerde op het desbetreffende moment volledig arbeidsgeschikt is en voor zover betrokkene daadwerkelijk zijn overeengekomen werkzaamheden uitvoert.

5.2 Voor de periode voorafgaand aan de ingangsdatum wordt voor een duur van maximaal 11 weken een inloopdekking gegeven indien verzekerde in de periode voorafgaand aan de ingangsdatum reeds elders verzekerd is (via een huidige werkgever in het kader van een loondienstbetrekking dan wel via een andere verzekeraar) en deze verzekering geen dekking voor arbeidsongeschiktheid biedt indien de verzekering aldaar wordt beëindigd.

5.3 Arbeidsongeschiktheid welke terug te voeren valt op een ten tijde van de verzekeringsaanvraag bestaande en bekende ziekte, valt niet onder de dekking.

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

5.5 Een voorlopige verzekeringsdekking wordt verleend voor de duur van ten hoogste 90 dagen in het geval dat de aanvraag door de verzekeraar beoordeeld wordt op basis van medische gegevens. Deze verzekeringsdekking vangt aan op de aangevraagde ingangsdatum van de verzekering en niet eerder dan op de datum van ontvangst van het aanvraagformulier door KVV.

Indien de verzekeraar bij kennis van de medische gegevens beperkende voorwaarden aan de dekking zou hebben gesteld, vindt een eventuele uitkering slechts plaats als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen. Indien de verzekeraar bij kennis van de medische gegevens geen verzekering zou hebben gesloten, vindt geen uitkering plaats.

Geen uitkering wordt verricht indien en voor zover ter zake van hetgeen onder deze overeenkomst is gedekt aanspraak wordt gemaakt of zou kunnen worden gemaakt - in geval deze overeenkomst niet zou hebben bestaan - op een uitkering uit hoofde van een andere verzekeringsovereenkomst of voorziening. Dit geldt alleen gedurende de in artikel 5.2 genoemde inlooperperiode en ongeacht de aanvangsdatum van deze andere verzekeringsovereenkomst of voorziening, maar onverminderd het bepaalde in artikel 15.5.

5.6 De verzekeraar zal de verzekeringsovereenkomst alleen tot stand kunnen brengen en in stand kunnen houden indien en voor zover de verzekeringnemer een overeenkomst van dienstverlening inhoudende het beheer en advisering over de verzekering heeft gesloten met KVV. Als deze overeenkomst van dienstverlening niet tot stand komt dan komt ook de verzekering niet tot stand. Als de overeenkomst van dienstverlening eindigt gedurende de looptijd van de verzekering dan zal de verzekeringnemer in de gelegenheid worden gesteld een advies- en beheerovereenkomst aan te gaan met een andere door de verzekeraar en KVV geaccepteerde financieel dienstverlener. Als de verzekeringnemer niet tot overeenstemming komt met enige van de met verzekeraar samenwerkende partijen dan zal de verzekeringsovereenkomst beëindigd worden per de eerst volgende premievervaldatum.

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

- a) de verzekerde houdt - anders dan door arbeidsongeschiktheid - op het op het verzekeringsbewijs omschreven beroep uit te oefenen;
- b) de verzekerde gaat met (vervroegd) pensioen;
- c) de verzekerde bereikt de op het verzekeringsbewijs vermelde eindleeftijd;
- d) de verzekerde overlijdt;
- e) de overeenkomst tussen de verzekeraar en de verzekeringnemer wordt beëindigd (met inachtneming van het in artikel 19 bepaalde).

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

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

ARTIKEL 6 VASTSTELLING VAN DE VERSCHULDIGDE VERZEKERINGSPREMIE

6.1 De verschuldigde premie wordt berekend aan de hand van het overeengekomen premietarief, met inachtneming van de eventueel op medische gronden gestelde voorwaarden.

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

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

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

6.5 Voor een voorlopige dekking in afwachting van medische acceptatie is eveneens premie verschuldigd indien de verzekering op basis van deze medische acceptatie tot stand komt of zou kunnen komen. Een eventuele premieverhoging op basis van deze medische gronden wordt niet over de periode van voorlopige dekking gerekend indien de verzekering niet tot stand komt.

ARTIKEL 7 PREMIEBETALING

7.1 De verzekeringspremie is bij aanvang van de verzekering en vervolgens op 1 januari van ieder kalenderjaar – op basis van de dan bereikte leeftijd - bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer via KVV aan de verzekeraar verschuldigd. Termijnbetaling is mogelijk tegen een opslag.

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

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

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

ARTIKEL 8 OPGAVEN EN INLICHTINGEN

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

8.2 Bij aanvang van de verzekering verstrekt de verzekerde een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier tenzij anders overeengekomen.

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

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

ARTIKEL 9 RISICOWIJZIGINGEN

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

- a) de verzekerde gedurende een periode van langer dan 6 maanden werkzaamheden buiten de Europese Unie gaat verrichten;
 - b) de verzekerde zijn op het verzekeringsbewijs omschreven beroep ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aard van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan;
-

ARTIKEL 10 UITSLUITINGEN

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

- a) opzet of al dan niet bewuste roekeloosheid van de verzekerde; onder opzet van de verzekerde wordt mede verstaan poging tot zelfdoding;
- b) deelname van de verzekerde aan enige niet-Nederlandse gewapende dienst;
- c) één van de hieronder genoemde vormen van molest:
 - 1 een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
 - 2 burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - 3 opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - 4 binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;

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

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

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

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

- a) de verzekerde reeds vóór het ontstaan van deze situaties over of door dat gebied reist, respectievelijk in dat gebied verblijft in verband met de uitoefening van zijn beroep en niet in strijd handelt met de instructies van de Nederlandse of de plaatselijke overheid, én
- b) de verzekerde door omstandigheden waarop hij geen invloed kan uitoefenen niet in staat is geweest het desbetreffende gebied te verlaten, dan wel het gebied te overvliegen.

ARTIKEL 11 TERRORISMERISICO

11.1 Het terrorismerisico is herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden nv volgens het aan deze voorwaarden gehechte clauseblad terrorismedekking.

ARTIKEL 12 AANMELDING VAN SCHADE

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

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

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

12.3 Na ontvangst van de kennisgeving verstrekt de verzekeraar de verzekerde een uitkeringsaanvraagformulier dat na invulling en ondertekening door de betrokken verzekerde aan de verzekeraar wordt geretourneerd.

ARTIKEL 13 SCHADE-ERKENNING

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

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

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

ARTIKEL 14 VERPLICHTINGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

14.1 De arbeidsongeschikte verzekerde is verplicht:

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

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

ARTIKEL 15 UITKERING VAN HET VERZEKERD BEDRAG

15.1 Indien en nadat aan alle daartoe gestelde voorwaarden is voldaan, keert de verzekering onder toepassing van de onderstaande staffel aan de begunstigde uit.

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

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

15.3 Het recht op uitkering ontstaat op de eerste dag waarop de op het verzekeringsbewijs genoemde wachttijd is verstreken. De wachttijd vangt niet eerder aan dan op de ingangsdatum van de verzekering, ongeacht de inloopdekking.

De uitkering eindigt:

- op de dag waarop het arbeidsongeschiktheidspercentage van de verzekerde lager is dan 25%;
- op de dag waarop deze verzekering eindigt, onverminderd het bepaalde in artikel 19 "Uitkering na beëindiging van de overeenkomst";
- op de dag volgend op de dag waarop de verzekerde de overeengekomen einddatum van de dekking heeft bereikt, doch uiterlijk op de dag volgend op de 67-ste verjaardag van de verzekerde;
- op de dag van overlijden van de verzekerde.

15.4 Geen recht op uitkering bestaat indien:

- de eerste dag van arbeidsongeschiktheid is gelegen vóór de datum waarop de verzekering voor de verzekerde van kracht is geworden, een en ander met inachtneming van het in de artikelen 5.1 tot en met 5.4 van deze Algemene Voorwaarden bepaalde;
- niet alle premies voor de verzekering tot de ingang van de premievrijstelling zijn voldaan;
- zolang de verzekerde is gedetineerd (in Nederland of in het buitenland).

15.5 Indien het inkomen uit arbeid van een arbeidsongeschikte verzekerde vermeerderd met de periodieke uitkeringen uit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen meer bedraagt dan 80% van het vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid voor de verzekerde geldende gemiddelde inkomen over de drie jaren voorafgaand aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid, zal het meerdere worden gekort worden op de op grond van de verzekeringsovereenkomst en de bijzondere en algemene voorwaarden vastgestelde uitkering.

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

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

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

ARTIKEL 16 VERGOEDING VAN DE KOSTEN VAN RE-INTEGRATIE

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

ARTIKEL 17 REGRES

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

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

ARTIKEL 18 DUUR EN BEËINDIGING VAN DE OVEREENKOMST

18.1 De verzekeringsovereenkomst wordt voor de duur van 12 maanden na 1 januari van enig jaar gesloten. Indien een risico op een andere datum dan 1 januari aanvangt, loopt de dekking voor de resterende duur van het desbetreffende kalenderjaar plus 12 maanden.

18.2 Verlenging geschiedt stilzwijgend voor telkens 12 maanden. Verzekeringnemer heeft het recht om deze verzekeringsovereenkomst, na de eerste contractperiode van 12 maanden, op elk gewenst moment tussentijds op te zeggen met een opzegtermijn van één maand.

18.3

- a) Naast de in de artikelen 3.3, 5.6 en 7.2 voor de verzekeraar genoemde beëindigingsgronden hebben zowel de verzekeringnemer als de verzekeraar het recht om in bijzondere omstandigheden deze overeenkomst per aangetekende brief per direct te beëindigen. Van de hiervoor bedoelde omstandigheden is sprake indien ten aanzien van één van beide partijen mocht worden verklaard, dat zij verkeert in een toestand welke in het belang van de gezamenlijke schuldeisers bijzondere voorzieningen behoeft, ofwel dat zij krachtens een wettelijke regeling in een toestand mocht geraken, dat zij het beheer over haar inkomsten en/of vrije beschikking over haar vermogen verliest.
- b) Iedere partij is verplicht om indien deze omstandigheden zich bij haar voordoen, de wederpartij daarvan onmiddellijk op de hoogte te stellen.

ARTIKEL 19 UITKERING NA BEËINDIGING VAN DE OVEREENKOMST (UITLOOP)

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

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

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

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

ARTIKEL 20 HERZIENING TARIEVEN EN VOORWAARDEN

20.1 De verzekeraar kan de premie en de voorwaarden wijzigen voor alle verzekeringen waarvoor deze Algemene Voorwaarden gelden.

20.2 Wijzigt de verzekeraar de premie en/of de voorwaarden voor alle verzekeringen? Dan bepaalt de verzekeraar de wijzigingsdatum. Dat is de datum waarop de wijziging ingaat. De verzekeringnemer krijgt minimaal 15 dagen van tevoren een bericht hierover. De verzekeraar gaat ervan uit dat de verzekeringnemer akkoord gaat met de wijziging van de verzekering.

20.3 Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging van de verzekering moet hij dat aan KVV melden. Dat doet de verzekeringnemer binnen de termijn van 60 dagen als vermeld in het bericht over de wijziging. De verzekering wordt dan beëindigd per de wijzigingsdatum die in dat bericht staat.

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

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

ARTIKEL 21 VALUTA EN HET VAN TOEPASSING ZIJNDE RECHT

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

ARTIKEL 22 BESCHERMING VAN PERSOONSGEGEVENS

22.1 Bij de aanvraag en/of gedurende de looptijd dan wel bij de wijziging van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze persoonsgegevens worden door KVV en de verzekeraar verwerkt enerzijds ten behoeve van het beoordelen en accepteren van Cliënten, het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten met een Cliënt en het beheren van de daaruit voortvloeiende relatie, het afwikkelen van het betalingsverkeer, het voorkomen en bestrijden van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen en anderzijds ten behoeve van algemene statistische doeleinden (volledig geanonimiseerd). Onder Cliënt wordt verstaan de Cliënt volgens de begripsomschrijving in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Deze gedragscode is van toepassing op de verwerking van persoonsgegevens. De volledige tekst van de gedragscode kan worden geraadpleegd via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De gedragscode kan ook worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

ARTIKEL 23 GESCHILLEN

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

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

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

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

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

ARTIKEL 24 KLACHTEN

24.1 Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van KVV alsmede de directie van de verzekeraar. Wanneer hun oordeel voor de betrokkenen niet bevredigend is, kunnen deze zich wenden tot Ombudsman Financiële Dienstverlening (via het KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag (telefoonnummer 070- 3338999, www.kifid.nl). Wanneer de betrokkenen geen gebruik wensen te maken van deze

klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vinden, zal het geschil beslecht worden overeenkomstig het in artikel 23 bepaalde.

ARTIKEL 25 OPZEGBAARHEID DOOR VERZEKERAAR

25.1 De verzekering is niet individueel opzegbaar door de verzekeraar, met uitzondering van de in deze voorwaarden genoemde gevallen.



CLAUSULEBLAD TERRORISMEDEKKING

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)
Versie 23 november 2007

In dit clausuleblad dient gelezen te worden voor: 'de verzekeraar': Elips Life AG.

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting:

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen:

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

- a) Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- b) Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c) Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

ARTIKEL 2 BEGRENZING VAN DE DEKKING VOOR HET TERRORISMERISICO

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

ARTIKEL 3 UITKERINGSPROTOCOL NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij

als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 16 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Dit Clausuleblad is gedeponereerd op 23 november 2007 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam.