

# POLISVOORWAARDEN TAF ZELFSTANDIGENPLAN



EENVOUDIG TRANSPARENT



## 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### *Administrateur*

TAF B.V., Postbus 110 3140 AG MAASLUIS, tevens de vertegenwoordiger van verzekeraar in Nederland.

### *Claim*

Een aanspraak op betaling van een uitkering onder de dekking van deze verzekering.

### *Eigen risicoperiode*

De periode waarin verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke claim en vangt aan op de dag waarop door een arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. De eigen risicoperiode is ook van toepassing op elke zich recidiverende ziekte.

### *Eigen werkzaamheden*

De werkzaamheden, in al zijn facetten, die de verzekerde in het dagelijkse leven en bij goede gezondheid verricht en waaruit de verzekerde inkomen geniet.

### *Einddatum*

De datum waarop de verzekering eindigt.

### *Kerninstallatie*

Een installatie zoals gedefinieerd in de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979- 225), of een kerninstallatie aan boord van een schip.

### *Koopsom*

De verzekeringspremie die de verzekerde vooraf en in één keer betaalt, ook wel eenmalige premie genoemd en dus niet per maand wordt betaald.

### *Medisch objectiveerbaar*

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Bij de beoordeling van een ziekte, aandoening of letsel laat de verzekeraar zich adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs. Deze geneeskundige adviseurs staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV). Zij verrichten hun werkzaamheden met inachtneming van de door het GAV opgestelde beroepscode. Geneeskundige adviseurs hebben voor de uitvoering van deze opdrachten een zelfstandige professionele verantwoordelijkheid. Of een claim medisch objectiveerbaar is wordt vastgesteld volgens de in Nederland bij de medische beroepsverenigingen gebruikelijke consensus.

### *Ongeval*

Een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling, buiten de wil van de verzekerde, van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken medisch objectiveerbaar vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor verzekerde zich onder behandeling van een (huis) arts of specialist heeft gesteld.

### *Optiedatum*

De datum waarop het voor verzekeringnemer mogelijk wordt om gebruik te maken van een verhoging van het verzekerde maandbedrag. De eerste optiedatum, bij polissen tegen maandbetaling, is precies 60 maanden na de ingangsdatum. De eerste optiedatum, bij polissen tegen koopsombetaling, is aan het einde van de eerste periode waarover premie is verschuldigd en welke met de koopsom is voldaan. De optiedatum wordt daarna elke 60 maanden automatisch vernieuwd.

### *Overmatig alcoholgebruik*

Alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 0,5 promille is. Bij beginnende bestuurders mag dit promillage de eerste vijf jaar na het ontvangen van het rijbewijs niet de 0,2 promille overschrijden. Van overmatig alcoholgebruik is tevens sprake indien verzekerde weigert mee te werken aan de door de bevoegde autoriteiten verzochte adem- en/of bloedproef ter bepaling van het alcoholpromillage/ b.a.g. Verzekerde heeft het recht te bewijzen dat hij in geval van weigering van vorenbedoelde medewerking, onmiddellijk voorafgaande aan en tijdens de gebeurtenissen welke tot zijn arbeidsongeschiktheid hebben geleid, niet onder invloed van alcohol verkeerde.

### *Passende arbeid*

Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid en volgens deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd. Alleen functies die hoogstens één ARBI-niveau (functieniveau) lager liggen dan de oorspronkelijke functie kunnen als passend worden beschouwd.

### *Polis*

De door de verzekeraar afgegeven akte welk strekt tot het bestaan van de verzekeringsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde voorwaarden.

### *Premievervaldag*

De datum waarop premie verschuldigd is.

### *Tussenpersoon*

De rechtspersoon of natuurlijke persoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.

#### *Verzekeraar*

Quantum Leben AG, gevestigd te Vaduz, Liechtenstein, in Nederland vertegenwoordigd door de administrateur.

#### *Verzekerd maandbedrag*

Het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van € 125,- en een maximum van € 5.000,- per verzekerde per polis. Het verzekerde maandbedrag mag in geen geval hoger zijn dan 90% van de aantoonbare, vaste maandelijks lasten van de verzekerde. Het verzekerde maandbedrag mag maximaal met € 500,- worden verhoogd voor persoonlijke, niet aantoonbare vaste maandelijks lasten. Het totale verzekerde maandbedrag is nooit hoger dan € 5.000,- per verzekerde per polis. Indien het verzekerde maandbedrag bij het aangaan van de verzekering hoger is dan 90% van de bruto aantoonbare maandlasten van verzekerde, rekening houdend met de niet aantoonbare vaste maandelijks last van maximaal € 500,-, zonder dat dit aan verzekeraar schriftelijk kenbaar is gemaakt, dan behoudt verzekeraar zich het recht voor bij een eventuele schade-uitkering het verzekerde maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de 78-methode worden terugbetaald. Het is niet toegestaan dat een verzekerde zich verzekert op basis van meer dan één polis. Indien de verzekerde een soortgelijke polis heeft bij een andere verzekeraar is het totaalbedrag van alle maandelijks uitkeringen beperkt tot € 5.000,-.

#### *Verzekerde*

De natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woont en als zodanig op de polis staat vermeld.

#### *Verzekeringnemer*

De persoon die via de administrateur met verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

#### *Zelfstandig ondernemer*

De persoon die anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of als directeur/(groot)aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.

#### *Ziekte*

Een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van verzekerde, welke medisch objectiveerbaar is, en die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder medische behandeling van een (huis)arts of specialist heeft gesteld.

## **2. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING**

- a. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de administrateur verstrekte opgaven en gedane verklaringen en mededelingen, het aanvraagformulier en de eventuele daarna door of namens verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de administrateur vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel te vormen;
- b. Bij elke opzettelijke onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen die van belang zijn voor de administrateur voor de beoordeling van de aanvraag tot verzekering heeft de verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen conform het bepaalde in art. 7:930 lid 4 en 5 BW.

## **3. AANVANG, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING**

- a. De verzekering is, met inachtneming van hetgeen bepaald in artikel 17, van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld;
- b. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 1 (zegge: één) maand na ontvangst van de polis de verzekeringsovereenkomst schriftelijk op te zeggen. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad te retourneren aan de administrateur. De administrateur zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten. Hetgeen bepaald in artikel 9 lid e blijft onverminderd van toepassing;
- c. De verzekering is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier de verzekering langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid d sub 2 van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met tussenpersoon en verzekeringnemer;
- d. De verzekering, en daarmee het recht op een uitkering, eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
  1. Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het polisblad, met inachtneming van het bepaalde in artikel 12 lid b van deze voorwaarden;
  2. Op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt;
  3. Op de datum van het overlijden van verzekerde;
  4. op de datum dat verzekerde emigreert;
  5. Op de datum dat de verzekeraar € 750.000,- heeft uitgekeerd op deze polis;
  6. Indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
  7. Indien verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat;



8. Indien verzekerde de actieve beroepsbezigheden definitief stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid;
  9. Indien verzekerde in loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;
  10. Indien het bedrijf waar verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt surséance van betaling vraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard;
- e. Voor deze verzekering geldt dat verzekeringnemer gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, de verzekering kan opzeggen per, aan de administrateur gericht, aangetekend schrijven. Verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van één maand in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Een claim ontstaat uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekeringnemer heeft opgezegd, doch voor de aangegeven beëindigingdatum van de verzekeringsovereenkomst zal slechts kunnen leiden tot recht op uitkering voor die periode tot aan de aangegeven beëindigingdatum.

Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd, behoudens lid b van dit artikel. Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de verzekeraar.

#### 4. UITKERING BIJ OVERLIJDEN

Indien verzekerde voor de einddatum van de verzekering komt te overlijden, wordt een eenmalige uitkering gedaan van eenmaal het verzekerde maandbedrag met een maximum van € 1.000,-.

#### 5. DEKKING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- a. Gedurende de looptijd van deze verzekering en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waar op de verzekerde zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een (huis)arts of specialist heeft gesteld;
- b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening is medisch objectiveerbaar en aangevallen tijdens de looptijd van de verzekering;

- c. Aanvullend op het gestelde hiervoor zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-IV TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze verzekering;
- d. Verzekerde dient voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 16 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen, bij gebreke waarvan arbeidsongeschiktheid geen recht op uitkering geeft.

#### 6. RECHT OP UITKERING

- a. Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid, conform artikel 5, bestaat gedurende de eerste twee ziektejaren (de eigen risicoperiode van 30 of 365 dagen daarin meegerekend), indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid waarbij de verzekerde door ziekte of een ongeval niet in staat is om voor tenminste 35% de eigen werkzaamheden te verrichten. Zolang de verzekerde niet in staat is om de eigen werkzaamheden volledig, dit wil zeggen 80% of meer, te hervatten, behoudt de verzekerde het recht op uitkering. Zodra de verzekerde volledig (80% of meer) de eigen werkzaamheden hervat, vervalt het recht op uitkering;
- b. De mate van arbeidsongeschiktheid zal, over de in artikel 6 lid a genoemde periode, worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de eigen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte. Werkzaamheden die op arbeidstherapeutische basis worden verricht blijven bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing;
- c. Het recht (met de in acht genomen dekkingskeuze zoals vermeld in artikel 6 lid e van deze voorwaarden) op een vervolgutkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat na het tweede ziektejaar, nadat verzekerde opnieuw gekeurd is door een door verzekeraar of administrateur aangewezen onafhankelijke (keurings)arts en/of (arbeids)deskundige en hierbij arbeidsongeschikt is verklaard voor passende werkzaamheden. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige en/of (keurings)arts;

- d. Indien verzekerde en verzekeraar niet binnen 12 weken, nadat de periode is aangevangen genoemd onder artikel 6 lid c, overeenstemming hebben bereikt over de mate van arbeidsongeschiktheid, dan zullen zij elk een deskundige aanwijzen ter vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan. Zijn de door verzekeraar en verzekerde aangewezen deskundige(n) het eens inzake de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan, dan draagt de verzekeraar kosten van de door verzekerde aangewezen deskundige. Ontbreekt de bedoelde overeenstemming dan dienen de door verzekeraar en verzekerde aangewezen deskundigen een derde deskundige aan te wijzen die de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan bepaalt met in achtneming van hetgeen daarover elders in deze voorwaarden is vermeld. De door deze laatst aangestelde deskundige bepaalde arbeidsongeschiktheid en mate daarvan is voor partijen bindend. Verzekeraar en verzekerde dragen de kosten van deze deskundige elk voor 50%;
- e. Het recht op uitkering, na het tweede jaar, hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn vier verschillende dekkingskeuzes mogelijk:
1. BasisP80: de verzekerde heeft recht op een vervoluitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 80% of hoger is;
  2. VerlengdP80: de verzekerde heeft recht op een vervoluitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 80% of hoger is;
  3. BasisP35: de verzekerde heeft recht op een vervoluitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is;
  4. VerlengdP35: de verzekerde heeft recht op een vervoluitkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringpercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is.

## 7. UITKERINGSDUUR

De maximale uitkeringsduur per claim hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad. Er zijn vier verschillende dekkingskeuzes mogelijk:

1. BasisP80: de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;
2. VerlengdP80: de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim;
3. BasisP35: de uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per claim;
4. VerlengdP35: de uitkeringsduur is maximaal dertig jaar (360 maanden) per claim.

## 8. HOOGTE UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- a. De administrateur zal voor elke volle maand, met inacht-neming van het bepaalde in artikel 12 lid a sub 1 van deze voorwaarden, van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen;
- b. De hoogte van de verzekeringsuitkering conform artikel 6 lid a is het volledige verzekerde maandbedrag;
- c. De hoogte van de verzekeringsuitkering conform artikel 6 lid c is afhankelijk van de gekozen dekking;
- d. De hoogte van de verzekeringsuitkering bij de dekkingen BasisP80 en VerlengdP80 is het volledige verzekerde maandbedrag;
- e. De hoogte van de verzekeringsuitkering bij de dekkingen BasisP35 en VerlengdP35 wordt als volgt bepaald:
  1. Indien op het polisblad bij de dekking géén 'pro rata' staat aangetekend, dan wordt bij een arbeidsongeschiktheid van 35% en hoger, het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd;
  2. Indien op het polisblad bij de dekking 'pro rata' staat aangetekend, dan wordt het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 80% en hoger;
  3. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd maandbedrag het op het polisblad vermelde verzekerd maandbedrag wordt vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid.



## 9. VOORLOPIGE DEKKING

- a. Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de ondertekendatum van het aanvraagformulier is verzekerde voorlopig gedekt tegen het risico van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
- b. Deze voorlopige dekking stopt in ieder geval op de ingangsdatum van de polis;
- c. Er bestaat alleen recht op uitkering uit deze voorlopige dekking indien het aanvraagformulier door administrateur wordt ontvangen en de premie voor de verzekering door verzekeringnemer wordt voldaan conform artikel 17;
- d. Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering;
- e. Indien verzekeringnemer gebruik maakt van de mogelijkheid tot opzegging van de verzekering conform artikel 3 lid b of binnen 3 maanden na ondertekendatum van het aanvraagformulier niet voldoet aan het gestelde in artikel 17 zal door de verzekeraar € 160,- premie in rekening worden gebracht aan verzekeringnemer voor de genoten voorlopige dekking;
- f. Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht om wijzigingen betreffende de in het aanvraagformulier vermelde omstandigheden, dan wel wijziging van omstandigheden waarvan verzekerde en/of verzekeringnemer behoren te begrijpen dat deze voor de beoordeling van administrateur of hij de verzekering wel wil aan gaan van belang zijn, welke zich voordoen in de periode van de voorlopige dekking aan administrateur door te geven.

## 10. ALGEMENE UITSLUITINGEN

Voor deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat voor:

- a. Een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een (huis)arts of specialist heeft geraadpleegd. Dit geldt ook voor een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel die het gevolg is van een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden een (huis)arts of specialist heeft geraadpleegd;
- b. Onverminderd het bepaalde in lid a, een ziekte, aandoening, gebrek en/of letsel waarvan de verzekerde op de hoogte was of redelijkerwijs had kunnen zijn op de ingangsdatum van deze verzekering. Voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s) die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard hebben is enkel sprake van dekking indien uit het medisch dossier van verzekerde blijkt dat verzekerde volledig is hersteld van de ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) en dat gedurende 24 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering er geen openbaring en/of recidive van deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) heeft plaatsgehad en verzekerde gedurende deze periode voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) geen enkele vorm van (na)controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben;
- c. Een claim die het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van verzekeringnemer of verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- d. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van deelname van de verzekerde aan of diens training voor duiken, bergbeklimming of enige andere klimsport, alle deelname aan snelheidswedstrijden anders dan te voet, alsmede alle vormen van verplaatsing door de lucht anders dan als betalend passagier van een commerciële luchtvaartmaatschappij; onder laatstgenoemde activiteit wordt tevens verstaan parachutespringen, para-gliding en vergelijkbare sportactiviteiten;
- e. Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van pogingen tot zelfdoding, zelf toegebracht letsel en het betrokken zijn van de verzekerde bij misdrijven;
- f. Een claim die niet binnen de verplichte termijn van aanmelding wordt gemeld. De administrateur zal hierbij handelen met in achtname van het bepaalde in artikel 7:941 BW;
- g. Een verzekerde die bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;

- h. Voor een claim die (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van (overmatig) alcohol, en/of van verdovende middelen, en/of van bedwelmende, en/of opwekkende en/of soortgelijke;
- i. Het geval dat blijkt dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval;
- j. Een claim die ontstaat en/of wordt bevorderd en/of wordt verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd onder nummer 136/1981;
- k. Een claim die is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- l. Verzekerde na het ontstaan van arbeidsongeschiktheid niet volledig, en/of niet tijdig meewerkt en/of in het geheel niet meewerkt aan de vaststelling van de oorzaak en mate van zijn arbeidsongeschiktheid;
- m. Verzekerde na het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid de verplichtingen tot het verstrekken van informatie en/of het meewerken aan onderzoek(en) ter vaststelling van de oorzaak en mate van arbeidsongeschiktheid niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar/ administrateur te misleiden.

- d. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
  1. Zich onmiddellijk onder behandeling van een (huis) arts of specialist te stellen, alle adviezen van zijn behandelende(huis)arts, specialist en/of medisch adviseur van verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;
  2. Iedere door verzekeraar aan te wijzen (huis)arts, specialist, psycholoog en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
  3. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
  4. Verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
- e. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid d sub 2, 3 en 4 genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt;
- f. Indien verzekerde of verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

## 11. VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

- a. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat hij met het ontstaan van zijn claim bekend was of redelijkerwijs behoorde te zijn, kennis te geven van deze claim;
- b. Na de eerste melding van de arbeidsongeschiktheid ontvangt verzekerde en/of verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd aan de administrateur;
- c. Verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de claim, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan en verzekeraar niet in zijn belangen is geschaad door de te late claim melding. Wordt de claimmelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan én na de termijn zoals vermeld in lid a van dit artikel, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de claim is gemeld;



## 12. EINDE VAN (HET RECHT OP) UITKERING

- a. Een periodieke uitkering eindigt:
  1. Op de dag waarop de claim die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan. Indien de dag waarop de schade die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan niet de laatste dag van de maand is, ontvangt de verzekerde voor die laatste maand een uitkering na rato;
  2. Op de dag dat de verzekering eindigt conform artikel 3 lid d van deze voorwaarden;
  3. Indien verzekeraar het maximale aantal uitkeringen heeft gedaan voor deze verzekering, zoals beschreven in de artikel 7;
  4. Indien verzekerde of verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in de bijzondere bepalingen niet is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen;
- b. Als op de einddatum van deze verzekering sprake is van een gebeurtenis waarvoor uitkeringen al verschuldigd zijn, dan zullen deze uitkeringen worden voortgezet, voor een maximale termijn van 60 maanden, en eindigen conform artikel 12 lid a.

## 13. WIJZIGING

- a. De verzekerde kan schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag te wijzigen. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad;
- b. Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde kapitaal betreft zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging en waarbij voor het verhoogde deel van het verzekerde maandbedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in artikel 10 lid a en b genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum;
- c. Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is voor een claim van deze verzekerde die de administrateur op de datum van de verzochte wijziging in behandeling heeft;
- d. Verzekeringnemer heeft het recht om verzekeraar uiterlijk twee maanden voor de optiedatum schriftelijk te verzoeken om zonder nieuwe gezondheidswaarborgen het op dat moment van toepassing zijnde verzekerd maandbedrag te verhogen of te verlagen met maximaal 15%;

- e. Na ontvangst door verzekeraar, van het door verzekeringnemer ondertekende schriftelijke verzoek hiertoe, stelt verzekeraar de voorwaarden en de premieverhoging of premieverlaging vast aan de hand van de geldende acceptatieregels. Voor verhoging van het verzekerde maandbedrag gelden verder de volgende voorwaarden:
  1. Verzekerde is op de optiedatum jonger dan 51 jaar, en;
  2. Verzekerde is op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 180 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt en verzekerde neemt actief en betaald deel aan het arbeidsproces, en;
  3. Het verzekerde maandbedrag is na verhoging niet hoger dan € 5.000,-.

## 14. BEGUNSTIGING

Enige uitkering krachtens deze verzekering zal geschieden aan verzekeringnemer.

## 15. MAXIMALE UITKERING

Het maximaal uit te keren bedrag voor deze verzekering is € 750.000,-.

## 16. FISCALITEIT EN BETALING VAN DE UITKERING

- a. Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag, conform artikel 8, maandelijks en achteraf;
- b. In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 8, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 360) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd.

## 17. PREMIEBETALING

### a. Koopsom

1. In geval van koopsompremiebetaling dient de koopsompremie door administrateur te zijn ontvangen binnen 30 dagen na de ingangsdatum;
2. Indien administrateur een lagere koopsompremie ontvangt dan vermeld op het door administrateur afgegeven acceptatiebewijs, dan zal het aangevraagde verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsompremie;
3. Indien de koopsompremiebetaling, om welke reden dan ook, niet binnen 30 dagen na de ingangsdatum wordt voldaan, dan wordt, na het stellen van een termijn van 14 dagen waarbinnen verzekeringnemer alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering;
4. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen;
5. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt;

### b. Maandpremie

1. In geval van maandpremiebetaling is de premie maandelijks bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt de premie automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. De premie wordt rond het begin van iedere maand afgeschreven;
2. Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is;
3. Indien de maandelijks verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 30 dagen na premievervaldag wordt voldaan, dan wordt, na het stellen van een termijn van 14 dagen waarbinnen verzekeringnemer alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de volledige achterstallige premie is ontvangen. De administrateur is bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de verzekering;
4. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen;
5. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering is niet gedekt;
6. De verzekeringnemer is premieplichtig gedurende de gehele overeengekomen (restant) looptijd;

### c. Combinatiebetaling (uitgesteld)

In geval van koopsompremiebetaling gevolgd door automatische voortzetting met maandpremiebetaling geldt dat de koopsompremiebetaling uitsluitend en alleen van toepassing is op de eerste premieperiode. De duur van de eerste premieperiode staat vermeld op het polisblad. De ingangsdatum van de tweede premieperiode, maandpremiebetaling, staat ook vermeld op het polisblad. Op de koopsompremiebetaling en maandpremiebetaling zijn alle specifieke voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor deze verzekering;

### d. Combinatiebetaling (direct ingaand)

In geval van koopsompremiebetaling in combinatie met direct ingaande maandpremiebetaling geldt dat de koopsompremiebetaling uitsluitend en alleen van toepassing is op dat deel van het verzekerde maandbedrag waarvoor de koopsompremie verschuldigd is. De maandpremie is van toepassing op het overige deel van het verzekerde maandbedrag. Op de koopsompremiebetaling en maandpremiebetaling zijn alle specifieke voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor deze verzekering;

## 18. PREMIERESTITUTIE

- a. Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 3 lid d sub 3, 4, 7, 8 en 9, artikel 3 lid e of artikel 21 lid c, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie van de betreffende premieperiode;
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie voor de betreffende premieperiode te vermenigvuldigen met de volgende factor (78- methode):  $(N-T)(N-T+1) / N(N+1)$ , waarbij N staat voor de duur van de premieperiode in jaren en T voor het aantal volle jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar beschikbaar en zal op verzoek worden verstrekt;
- c. Van het restitutiebedrag, worden alle eventueel gedane schade-uitkeringen op de te restitueren verzekering afgetrokken, waarna het uiteindelijke restitutiebedrag overblijft;
- d. Bij beëindiging van de polis tegen maandpremie bestaat geen recht op premierestitutie;
- e. Er bestaat geen recht op premierestitutie indien de verzekeringnemer de bruto premie fiscaal aftrekbaar heeft gemaakt. De keuze inzake fiscale aftrekbaarheid staat op het polisblad vermeld.



## 19. TERUGVORDERING

Verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen terug te vorderen.

## 20. VERHAAL VAN KOSTEN EN BELASTING

Belastingen op premies en/of uitkeringen krachtens deze verzekering, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voort kunnen vloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan komen voor rekening van verzekeringnemer.

## 21. EN BLOC BEPALING

- a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen;
- b. Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd;
- c. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving administrateur schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Deze mededeling geldt dan als opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer;
- d. Indien verzekeringnemer dit aan administrateur heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden;
- e. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering conform dit artikel geldt niet indien de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen of de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- f. Indien verzekeringnemer heeft gekozen voor koopsompremiebetaling zoals beschreven in artikel 17 lid a of combinatiebetaling zoals beschreven in artikel 17 lid c en d, geldt dat de mogelijkheid van premiewijziging door verzekeraar niet van toepassing is op dat deel van de verzekering waarop de eenmalige koopsompremiebetaling van toepassing is.

## 22. VERVAL VAN RECHTEN EN VERJARING

- a. Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 6 maanden nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 6 maanden het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt;
- b. Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

## 23. ADRESWIJZIGING EN PRIVACY

- a. Verzekeringnemer is verplicht administrateur binnen 30 dagen kennis te geven van elke adreswijziging van zowel verzekeringnemer als verzekerde;
- b. Mededelingen door administrateur aan verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij administrateur bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon;
- c. De te verstrekken en reeds verstrekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de totstandgekomen verzekeringsovereenkomst, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl) of op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars te Den Haag.

## 24. MELDINGSPLICHT

Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn verzekeringnemer, verzekerde en/of nabestaande(n) verplicht verzekeraar direct schriftelijk kennis te geven, wanneer verzekerde:

- a. Voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- b. Verhuist tijdens de looptijd van de verzekering;
- c. 90% van de vaste aantoonbare maandlasten lager worden dan het verzekerde maandbedrag;
- d. Komt te overlijden;
- e. Minder dan 16 uur per week betaald en actief de eigen werkzaamheden gaat uitoefenen;
- f. De actieve beroepsbezigheden definitief stopzet;
- g. In loondienst treedt en door de bevoegde autoriteiten, zoals UWV en/of de belastingdienst, wordt aangemerkt als werknemer voor de werknemersverzekeringen;
- h. Op de hoogte is van het feit dat het bedrijf waar verzekerde als zelfstandig ondernemer in (of voor) werkt surséance van betaling aanvraagt en/of in staat van faillissement wordt verklaard;
- i. (Vervroegd) met pensioen gaat.

## 25. TOEPASSELIJK RECHT EN KLACHTENBEHANDELING

- a. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing, waarbij de Rechter te Rotterdam bevoegd is van geschillen kennis te nemen die voortvloeien uit deze verzekeringsovereenkomst;
- b. Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar of de administrateur kunnen worden voorgelegd aan de administrateur onder vermelding van het polisnummer. De administrateur zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden. Indien de verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door de verzekeraar of de administrateur, dan kunnen deze worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag.



EENVOUDIG TRANSPARANT

**TAF B.V.** ▪ Noordzee 10c 3144 DB Maassluis ▪ Postbus 110 3140 AC Maassluis  
Telefoon 010-599 33 55 ▪ Fax 010-599 33 56 ▪ E-mail [info@taf.nl](mailto:info@taf.nl) ▪ Internet [www.taf.nl](http://www.taf.nl)