



# Polisvoorwaarden T@F Maandlastbeschermer



## 1. INGANGSDATUM VAN DE VERZEKERING

Bij maandelijkse premiebetaling is de ingangsdatum van de verzekering de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop de administrateur het compleet ingevulde en ondertekende aanvraagformulier heeft ontvangen.

Bij eenmalige premiebetaling is de ingangsdatum van de verzekering de datum waarop de verzekeraar of de administrateur de volledige koopsom heeft ontvangen.

## 2. DEKKING BIJ ZIEKTE

Gedurende de eerste twee jaar van een ziekteclaim (de wachttijd of eigen-risicoperiode van 30 of 365 dagen meegerekend) heeft de verzekerde recht op een uitkering zodra de verzekerde door ziekte in het geheel niet in staat is de eigen werkzaamheden te verrichten. Als de verzekerde op arbeidstherapeutische basis of op loonwaarde de eigen werkzaamheden deels hervat, blijft recht op een uitkering bestaan zolang de verzekerde voor de geclaimde ziekte onder medische behandeling is. Zodra de verzekerde de eigen werkzaamheden op loonwaarde volledig hervat, vervalt het recht op uitkering.

Indien de verzekerde na een periode van twee jaar ziekte niet in staat is de eigen werkzaamheden te verrichten, wordt bij de beoordeling van het recht op het behoud van een uitkering gekeken of de verzekerde werkzaamheden kan verrichten waartoe de verzekerde gezien werkervaring, opleiding of scholing in staat is. Dit criterium wordt passende arbeid genoemd.

Bij de beoordeling van een ziekteclaim kan de verzekeraar zich laten adviseren door onafhankelijke geneeskundige adviseurs die in dienst zijn bij Cunningham & Lindsey. Deze geneeskundige adviseurs staan ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (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.

Het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde na twee jaar wordt, indien noodzakelijk, door een arbeidsdeskundige van Cunningham & Lindsey uitgevoerd. Voor het behoud van het recht op een uitkering blijft gelden dat de verzekerde voor de geclaimde ziekte onder medische behandeling is.

Per schadeclaim kan de verzekerde slechts voor één specifieke ziekte een beroep doen op deze verzekering.

### 2.1 Wachttijd bij ziekte

De verzekerde kan kiezen uit een wachttijd (of eigen-risicoperiode) van 30 of 365 dagen. De keuze van de verzekerde wordt op het polisblad vermeld. Gedurende deze periode heeft de verzekerde geen recht op een uitkering.

### 2.2 Recht op een uitkering bij ziekte

Bij ziekte heeft de verzekerde recht op een uitkering als de claim aan de volgende voorwaarden voldoet:

- De verzekerde is niet in staat te werken door ziekte zoals beschreven in artikel 2;
- De verzekerde is onder medische behandeling voor de geclaimde ziekte. Indien de verzekerde een periode langer dan vijf jaar ziek is, dan vervalt de voorwaarde dat de verzekerde onder medische behandeling moet zijn om voor een uitkering in aanmerking te blijven komen;
- De door de verzekerde geclaimde ziekte is medisch objectiveerbaar;
- De door de verzekerde geclaimde ziekte is aangevangen tijdens de looptijd van de verzekering;
- Voordat de verzekerde ziek werd, werkte de verzekerde minstens zestien uur per week op grond van een arbeidsovereenkomst, ambtelijke aanstelling of als zelfstandig ondernemer.

### 2.3 Aanvullende voorwaarden voor recht op een uitkering bij ziekte

Bij de volgende ziektebeelden gelden aanvullende voorwaarden:

- Bij psychiatrische aandoeningen, mentale inzinkingen, overspannenheid, stress of stressgerelateerde aandoeningen bestaat er alleen recht op een uitkering als de verzekerde onder behandeling is bij een psycholoog of psychiater;
- Bij ziekte door chirurgische operaties en medische behandelingen die uit medisch oogpunt niet vereist zijn, heeft de verzekerde alleen dan recht op een uitkering wanneer de chirurgische operaties en medische behandelingen gericht zijn op een verminking door ziekte of een ongeval;
- Bij ziekte die het gevolg is van overmatig of chronisch alcoholmisbruik, bedwelmende, verdoovende, opwekkende middelen of geneesmiddelen heeft de verzekerde alleen dan recht op een uitkering als deze stoffen zijn gebruikt op bevoegd medisch advies of onder toezicht van een huisarts voor een gesteldheid anders dan alcohol- of drugsverslaving.

## 2.4 Maximale uitkeringsduur en hoogte bij ziekte

De maximale uitkeringsduur van een ziekteclaim en de hoogte van een uitkering bij ziekte hangen af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering.

Er zijn vier verschillende dekkingen mogelijk:

1. BasisP80: De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per ziekteclaim. Na twee jaar ziekte blijft het recht op een volledige uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage 80% of hoger is op basis van passende arbeid.
2. VerlengdP80: De uitkeringsduur is langer dan vijf jaar tot maximaal einde looptijd van de verzekering per ziekteclaim, met uitzondering van hetgeen beschreven is in artikel 6. Na twee jaar ziekte blijft het recht op een volledige uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage 80% of hoger is op basis van passende arbeid.
3. BasisP35: De uitkeringsduur is maximaal vijf jaar (60 maanden) per ziekteclaim. Na twee jaar ziekte blijft het recht op een gedeeltelijke uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage tenminste 35% bedraagt op basis van passende arbeid. De hoogte van het uit te keren verzekerde maandbedrag is het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met het vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een afkeuringpercentage van 80% of hoger.
4. VerlengdP35: De uitkeringsduur is langer dan vijf jaar tot maximaal einde looptijd van de verzekering per ziekteclaim, met uitzondering van hetgeen beschreven is in artikel 6. Na twee jaar ziekte blijft het recht op een gedeeltelijke uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage tenminste 35% is op basis van passende arbeid. De hoogte van het uit te keren verzekerde maandbedrag is het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een afkeuringpercentage van 80% of hoger.

## 2.5 Uitsluitingen

Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:

- a. Indien de verzekerde binnen 30 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering ziek wordt;
- b. Indien de verzekerde binnen 30 dagen voor de einddatum van deze verzekering ziek wordt;
- c. Voor een ziekte waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een huisarts of specialist heeft geraadpleegd (de zogenaamde inlooptermijn). Dit geldt ook voor een ziekte die het gevolg is van een ziekte waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden een huisarts of specialist heeft geraadpleegd. Indien de verzekerde heeft gekozen voor de dekking VerlengdP35 of VerlengdP80 geldt in geval van kanker een inlooptermijn van zestig maanden;
- d. Voor ziekte waarvan de verzekerde op de hoogte was of had kunnen zijn op het moment dat deze verzekering werd afgesloten;
- e. De verzekerde nalaat zich onder medische behandeling te stellen;
- f. De verzekerde op een andere manier de genezing belemmert of vertraagt;
- g. De ziekte ontstaat of verergert door opzet of grove schuld van de verzekerde;
- h. Er bij ziekte door ongeval sprake is van overmatig alcoholgebruik door verzekerde, of waarbij verzekerde onder invloed is van bedwelmende, verdoovende, opwekkende middelen of geneesmiddelen. Daarbij geldt dat de verzekeraar overmatig alcoholgebruik, gebruik van bedwelmende, verdoovende of opwekkende middelen, of geneesmiddelen kan afleiden uit de toedracht;
- i. Er sprake is van een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. Deze zes genoemde vormen van molest en ook de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponneerd onder nummer 136/1981;
- j. Er zich atoomkernreacties voordoen ongeacht hoe die zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor ziekte door radioactieve stoffen die zich voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of onderwijskundige doelen buiten een kerninstallatie bevinden. Voorwaarde is dat de overheid een vergunning heeft afgegeven voor het vervaardigen, het gebruik, de opslag en vervoer van radioactieve stoffen.

## 2.6 Opeenvolgende claims

Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens ziekte en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als:

- a. De verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om dezelfde ziekte;
- b. De verzekerde 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere ziekte.

## 3. DEKKING BIJ WERKLOOSHEID

Gedurende de looptijd van deze verzekering dekt de verzekeraar het risico van onvrijwillige werkloosheid van verzekerde. Dit alleen indien de werkloosheid een direct gevolg is van een voor verzekerde onvrijwillige beëindiging van een arbeidsovereenkomst bij de werkgever. Gedurende de periode van werkloosheid heeft de verzekerde recht op een volledige uitkering op grond van de Werkloosheidswet of een daaruit voortvloeiende wettelijke inkomensvoorziening.

Voordat de verzekerde een beroep kan doen op deze verzekering moet de verzekerde minimaal 30 dagen aaneengesloten en volledig werkloos zijn geweest. Deze periode van 30 dagen wordt gerekend vanaf de toekenningdatum van de volledige werkloosheidsuitkering.

Werkloosheid ten gevolge van structurele arbeidsonderbrekingen die inherent zijn aan het beroep van de verzekerde (bijvoorbeeld seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet) is uitgesloten van dekking.

Voor iedere aaneengesloten periode van 30 dagen dat de verzekerde volledig werkloos is geweest ontvangt de verzekerde het verzekerde maandbedrag.

### 3.1 Recht op een uitkering bij werkloosheid

Bij werkloosheid heeft de verzekerde recht op uitkering als de claim voldoet aan de volgende voorwaarden:

- a. De werkloosheid begint minstens 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering. Daarbij geldt dat er geen recht op uitkering bestaat indien de werkgever van de verzekerde in deze periode schriftelijk of mondeling laat weten het dienstverband van de verzekerde te zullen beëindigen;
- b. De werkloosheid vangt uiterlijk 60 dagen voordat deze verzekering eindigt aan. Bij het bepalen van de begindatum van de werkloosheid wordt uitgegaan van de toekenningdatum van de werkloosheidsuitkering op grond van de Werkloosheidswet;

- c. De verzekerde is onvrijwillig en volledig werkloos geworden;
- d. De verzekerde ontvangt een werkloosheidsuitkering op grond van de Werkloosheidswet of een hieruit voortvloeiende wettelijke regeling;
- e. Voordat de verzekerde werkloos werd werkte de verzekerde minimaal twaalf maanden onafgebroken in dienstbetrekking voor tenminste zestien uur per week;
- f. Tijdens de periode van werkloosheid is de verzekerde in Nederland beschikbaar om werk te zoeken en te aanvaarden;
- g. Indien de verzekerde werkzaamheden uitvoert als uitzendkracht, is er alleen dan recht op uitkering indien er sprake is van een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd met de uitzendorganisatie.

### 3.2 Maximale uitkeringsduur

Voor iedere aaneengesloten periode van 30 dagen volledige en onvrijwillige werkloosheid ontvangt de verzekerde het verzekerde maandbedrag. Per polis wordt maximaal 24 maal het verzekerde maandbedrag uitgekeerd. Per schadeclaim geldt een maximum van twaalf maal het verzekerde maandbedrag.

### 3.3 Uitsluitingen

Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:

- a. Bij het eindigen van een arbeidsovereenkomst of ambtelijke aanstelling voor bepaalde tijd, tenzij de werkloosheid valt binnen de duur van de tijdelijke arbeidsovereenkomst. Het aantal uitkeringen beperkt zich in dat geval tot de einddatum van de tijdelijke arbeidsovereenkomst;
- b. Bij het eindigen van een oproepovereenkomst of het eindigen van werkzaamheden die de verzekerde binnen een oproepovereenkomst heeft verricht;
- c. Indien de verzekerde op de ingangsdatum van deze verzekering voorkennis had over ontslag of indien de werkloosheidsuitkering door de uitkerende instantie geheel of gedeeltelijk wordt geschorst, gestaakt of ingehouden;
- d. Indien de werkloosheid het gevolg is van een aan verzekerde toe te rekenen verwijtbaar gedrag zoals diefstal of fraude of gedrag waarvan verzekerde had kunnen weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben;
- e. Indien de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering heeft voorgedaan;
- f. Indien de verzekerde zelf ontslag neemt;
- g. Indien de verzekerde recht heeft op een uitkering op grond van de Ziektewet. In dat geval kan de verzekerde een claim indienen wegens ziekte.

### 3.4 Opeenvolgende claims

Indien de verzekerde eerder een claim wegens werkloosheid heeft ingediend en deze is niet toegewezen of de uitkering is op grond van de betreffende claim geëindigd (om welke reden dan ook), is de verzekerde gerechtigd opnieuw een claim in te dienen wanneer de verzekerde voor een periode van minimaal 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt.

### 3.5 Hervatting van werkzaamheden tijdens het recht op een uitkering

Indien de verzekerde voor minder dan zestien uur per week de werkzaamheden hervat, blijft het recht op een uitkering bestaan. In dat geval heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke uitkering naar rato. Deze gedeeltelijke uitkering wordt als volgt berekend: het verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met de factor: zestien minus het aantal uren dat verzekerde werkt, gedeeld door zestien.

Wanneer de verzekerde werkzaamheden hervat voor meer dan zestien uur per week maar binnen drie maanden opnieuw volledig en onvrijwillig werkloos wordt, dan wordt de uitkering voortgezet op grond van deze verzekering alsof er sprake is van één en dezelfde schade. Dit geldt zolang de maximale uitkeringsduur van twaalf perioden voor deze claim nog niet is verstreken.

## 4. SAMENLOOP VAN UITKERINGEN

Van een samenloop van uitkeringen is sprake indien de verzekerde ziek wordt tijdens de periode dat de verzekerde recht heeft op een uitkering wegens werkloosheid of indien de verzekerde werkloos wordt tijdens de periode dat de verzekerde recht heeft op een uitkering wegens ziekte.

### 4.1 Werkloosheid tijdens een periode van ziekte

Wanneer de verzekerde een uitkering ontvangt op basis van ziekte en de verzekerde wordt werkloos, dan is het volgende van toepassing:

- De verzekerde is verplicht de verzekeraar direct te informeren dat de verzekerde werkloos wordt of is geworden;
- Zolang de ingediende claim wegens ziekte aan de voorwaarden blijft voldoen zal de uitkering wegens ziekte worden voortgezet;
- Zodra de verzekerde weer kan werken zal de uitkering wegens ziekte worden stopgezet;
- De verzekeraar zal een schadeformulier voor werkloosheid toezenden en vervolgens beoordelen of de claim voor werkloosheid voldoet aan de voorwaarden voor dekking zoals beschreven in artikel 3 van deze voorwaarden;

- Bij de beoordeling van het recht op een uitkering wegens werkloosheid zal de verzekeraar buiten beschouwing laten dat de verzekerde niet actief werkzaam was voordat de verzekerde werkloos werd;
- Het aantal uitkeringen (gerekend in perioden van 30 dagen) dat de verzekerde wegens ziekte heeft ontvangen telt mee bij de bepaling dat de verzekerde maximaal twaalf perioden van 30 dagen recht heeft op een uitkering bij werkloosheid. Wanneer de verzekerde wegens ziekte twaalf uitkeringen of meer heeft ontvangen vervalt automatisch het recht op een uitkering wegens werkloosheid.

### 4.2 Ziekte tijdens een periode van werkloosheid

Wanneer de verzekerde een uitkering ontvangt op basis van werkloosheid en de verzekerde wordt ziek, dan is het volgende van toepassing:

- De verzekerde is verplicht de verzekeraar direct te informeren dat de verzekerde ziek is geworden;
- De uitkering wegens werkloosheid zal worden stopgezet omdat de claim niet langer aan de voorwaarden voor dekking voldoet;
- De verzekeraar zal een schadeformulier voor ziekte toezenden en vervolgens beoordelen of de claim voor ziekte voldoet aan de voorwaarden voor dekking zoals beschreven in artikel 2 van deze voorwaarden;
- Bij de beoordeling van het recht op een uitkering wegens ziekte zal de verzekeraar buiten beschouwing laten dat de verzekerde niet actief werkzaam was voordat de verzekerde ziek werd;
- Het aantal uitkeringen (gerekend in perioden van 30 dagen) dat de verzekerde wegens werkloosheid heeft ontvangen telt mee bij de bepaling van het maximale aantal uitkeringen per claim waar de verzekerde recht op heeft bij ziekte.

## 5. VERZEKERD MAANDBEDRAG

Het verzekerde maandbedrag wordt op het polisblad vermeld en kan minimaal € 125,- en maximaal € 2.000,- per polis bedragen. Het verzekerde maandbedrag mag in geen geval hoger zijn dan de aantoonbare, vaste maandelijkse lasten van de verzekerde.

### 5.1 Wijzigen van het verzekerde maandbedrag

De verzekerde kan alleen schriftelijk een verzoek indienen om het verzekerde maandbedrag te wijzigen. Indien de verzekeraar de wijziging accepteert ontvangt de verzekerde een nieuw polisblad.

Bij verhoging van het verzekerde maandbedrag geldt dat de verhoging niet van toepassing is indien:

- De verzekerde binnen 30 dagen na de datum van wijziging ziek wordt;
- De verzekerde binnen 90 dagen na de datum van wijziging werkloos wordt;
- De verzekeraar op de datum van wijziging een claim in behandeling heeft;
- De verzekerde in het geheel niet kan werken door ziekte en waarvan de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de datum van wijziging op de hoogte was of had kunnen zijn.

### 5.2 Wijzigingen bij eenmalige premiebetaling (koopsom)

Indien van toepassing en afhankelijk van de soort wijziging ontvangt de verzekerde een factuur voor bijbetaling dan wel premierestitutie voor de resterende termijn. De hoogte van het terug te betalen premiebedrag is afhankelijk van de periode, nauwkeurig bepaald in jaren, waarin de verzekeraar nog risico loopt dan wel heeft gelopen. Premierestitutie is uitsluitend van toepassing over hele jaren.

De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie te verminderen met 30% kosten (met een minimum van € 100,-) en vervolgens te vermenigvuldigen met de volgende factor (78 methode):  $(N-T)(N-T+1)/N(N+1)$ , waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in jaren en T voor het aantal volle naar boven afgeronde jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van beëindiging van de polis.

Er bestaat geen recht op premierestitutie als de verzekerde uit deze verzekering een uitkering heeft ontvangen of nog ontvangt.

Indien de verzekerde de premie voor ziekte fiscaal aftrekbaar heeft gemaakt, bestaat er geen recht op premierestitutie. Dit wordt op het polisblad vermeld.

### 5.3 Wijzigingen bij maandelijkse premiebetaling

Bij maandelijkse premiebetaling zal de maandpremie worden aangepast aan het nieuwe verzekerde maandbedrag. De ingangsdatum waarop de aanpassing zal worden geëffectueerd is de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de verzekeraar of de administrateur het verzoek tot wijziging van de verzekerde heeft ontvangen.

## 6. MAXIMALE UITKERING

De maandelijkse uitkering kan maximaal € 2.000,- per polis bedragen.

Een uitkering uit deze verzekering mag niet hoger zijn dan de maandelijkse vaste lasten van de verzekerde. De verzekeraar is gerechtigd deze maandelijkse vaste lasten te toetsen op het moment dat een uitkering wordt aangevraagd. Als blijkt dat de maandelijkse vaste lasten van de verzekerde lager zijn dan het verzekerde maandbedrag, dan zal de verzekeraar de hoogte van het verzekerde maandbedrag aanpassen.

De hoogte van de maandelijkse uitkering zal in dat geval gelijk worden gesteld aan de werkelijke maandelijkse vaste lasten van de verzekerde.

Voor alle uitkeringen samen kan maximaal € 168.000,- per polis worden uitgekeerd.

Als op de einddatum van deze verzekering sprake is van een gebeurtenis waarvoor uitkeringen al verschuldigd zijn, dan zullen deze uitkeringen worden voortgezet totdat er geen recht meer op een uitkering is of totdat de maximale uitkeringsperiode is bereikt.

Een uitkering eindigt ook indien de verzekering wordt beëindigd volgens deze voorwaarden als beschreven in artikel 10.

## 7. DUUR VAN DE VERZEKERING

Bij maandelijkse premiebetaling bestaat de dekking uit een reeks maandelijks stilzwijgend voort te zetten verzekeringspolissen waarvan de eerste de in de polis vermelde ingangsdatum heeft.

Bij eenmalige premiebetaling (koopsom) bestaat de dekking uit een reeks jaarlijks stilzwijgend voort te zetten verzekeringspolissen, waarvan de eerste de in de polis vermelde ingangsdatum en de laatste de in de polis vermelde aflooptdatum heeft.

## 8. PREMIEBETALING

Bij maandelijkse premiebetaling wordt de premie automatisch en rond het eind van iedere maand afgeschreven. Incasso van maandpremie vindt achteraf plaats.

Betaling van premie is een voorwaarde voor dekking. De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso altijd mogelijk is. Indien automatische incasso niet mogelijk is, dan dient de verzekerde binnen 30 dagen na dagtekening van de aanmaning ervoor te zorgen dat het incasso de eerstvolgende keer alsnog kan geschieden. Mogelijke kosten van premie-incasso komen voor rekening van de verzekerde.

Bij premieachterstand zal de dekking van de verzekering worden opgeschort. Een gebeurtenis tijdens de periode dat de verzekering is opgeschort en die leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering, is niet gedekt.

Wanneer de verzekerde een premieachterstand heeft opgelopen van 4 maandpremies wordt de verzekering automatisch beëindigd. De verzekerde blijft verplicht de nog verschuldigde premie te betalen.

In geval de verzekerde uit deze verzekering een uitkering wegens ziekte of werkloosheid ontvangt, is betaling van premie een voorwaarde voor dekking.

Bij eenmalige premiebetaling is de ingangsdatum van de verzekering de datum waarop de verzekeraar of de administrateur de volledige koopsom heeft ontvangen.

## 9. HET OPZEGGEN VAN DE VERZEKERING EN PREMIERESTITUTIE

Voor het beëindigen van deze verzekering kan de verzekerde alleen schriftelijk een verzoek bij de verzekeraar indienen. Een polis kan nooit met terugwerkende kracht door de verzekerde worden beëindigd.

### 9.1 Opzegging bij maandelijkse premiebetaling

De verzekering tegen maandelijkse premiebetaling kan zowel door de verzekeraar als de verzekerde worden opgezegd. De polis wordt beëindigd per de eerste dag van de maand volgend op de maand dat de administrateur of de verzekeraar het verzoek tot beëindiging van de verzekerde heeft ontvangen. Bij beëindiging van de polis tegen maandpremie bestaat geen recht op premierestitutie.

### 9.2 Opzegging bij eenmalige premiebetaling (koopsom)

De verzekering tegen eenmalige premiebetaling kan zowel door de verzekeraar als de verzekerde worden opgezegd. Op elk moment gedurende de looptijd van de verzekering kan een verzoek tot beëindiging van de polis bij de verzekeraar worden ingediend. Bij voortijdige beëindiging van de verzekering dient de verzekerde er echter rekening mee te houden dat de dekking bestaat uit een reeks jaarlijks stilzwijgend voort te zetten verzekeringspolissen die ingaat op de ingangsdatum van de polis en afloopt op de op het polisblad vermelde einddatum.

De hoogte van het terug te betalen premiebedrag is afhankelijk van de periode, nauwkeurig bepaald in jaren, waarin de verzekeraar nog risico loopt dan wel heeft gelopen. Premierestitutie is uitsluitend van toepassing over hele jaren en bij voortijdige beëindiging van de polis wordt de beëindigingsdatum in hele jaren naar boven afgerond.

De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie te verminderen met 30% kosten (met een minimum van € 100,-) en vervolgens te vermenigvuldigen met de volgende factor (78 methode):  $(N-T)(N-T+1)/N(N+1)$ , waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in jaren en T voor het aantal volle naar boven afgeronde jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van beëindiging van de polis.

Er bestaat geen recht op premierestitutie indien de verzekerde de premie voor ziekte fiscaal aftrekbaar heeft gemaakt. Dit wordt op het polisblad vermeld.

Wanneer de verzekering door de verzekeraar wordt opgezegd dan is de hoogte van de premierestitutie afhankelijk van de periode, nauwkeurig bepaald in jaren, waarin de verzekeraar geen risico loopt.

De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie te vermenigvuldigen met de factor:  $(N-T)/N$ , waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in jaren en T voor het aantal volle naar boven afgeronde jaren gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van beëindiging van de polis.

## 10. BEËINDIGING VAN DE VERZEKERING

De verzekering en daarmee ook het recht op uitkering eindigt op de datum waarop:

- a. De verzekerde 65 jaar wordt;
- b. De verzekering door verzekerde wordt opgezegd. In dat geval is er dekking tot de beëindigingsdatum van de polis;
- c. De verzekerde niet meer werkt door pensionering, of door het aanvaarden van een VUT-regeling;
- d. De verzekerde uit Nederland emigreert;
- e. De verzekerde is komen te overlijden;
- f. De verzekeraar € 168.000,- heeft uitgekeerd uit deze polis;
- g. De verzekerde een premieachterstand heeft opgelopen van 4 maandpremies.

De verzekering eindigt direct indien de verzekerde naar aanleiding van een gebeurtenis met opzet een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.

## 11. HET AANVRAGEN VAN EEN UITKERING

Om aanspraak te kunnen maken op de verzekering dient de verzekerde een volledig ingevuld schadeformulier in te sturen naar de verzekeraar.

Een schade dient de verzekerde binnen 120 dagen nadat de verzekerde ziek of werkloos is geworden te melden bij de verzekeraar. Wordt de schade pas na 120 dagen door de verzekerde aan de verzekeraar gemeld, dan is de verzekeraar gerechtigd om een eventuele uitkering te weigeren als de verzekeraar door de late melding in haar redelijke belang is geschaad.

Een schade-uitkering wordt normaal gesproken aan het einde van een schadepriode betaald. De verzekeraar verleent doorgaans voorschotten. Om deze voorschotten te kunnen verlenen zal de verzekeraar voor elke periode van 30 dagen ziekte of werkloosheid schadeformulieren toezenden. Aan de hand van deze schadeformulieren zal door de verzekeraar worden bepaald of het recht op een uitkering voortduurt. Deze schadeformulieren dienen binnen 120 dagen nadat de verzekerde de laatste voorschotbetaling heeft gehad door de verzekeraar te zijn ontvangen. Wordt het schadeformulier pas na 120 dagen door de verzekeraar ontvangen, dan is de verzekeraar gerechtigd om een eventuele uitkering te weigeren als de verzekeraar door de late melding in haar redelijke belang is geschaad.

Indien de verzekerde de premie voor arbeidsongeschiktheid aftrekbaar van belastingen heeft gemaakt, ontvangt u een periodieke uitkering.

Deze uitkering zal maandelijks en achteraf plaatsvinden zolang de claim wegens arbeidsongeschiktheid aan de voorwaarden voor dekking voldoet. Op het polisblad wordt aangetekend indien de premie voor ziekte c.q. arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is gemaakt.

Daarnaast gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

- a. De verzekerde is verplicht alle relevante gegevens te verstrekken die nodig zijn voor de verzekeraar, om de aanspraak of de voortzetting van een uitkering te kunnen beoordelen;
- b. De verzekerde is verplicht alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. De verzekerde machtigt de verzekeraar deze gegevens te verzamelen;
- c. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op een uitkering van belang zijn;
- d. De verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een medisch of psychisch onderzoek door een deskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar;
- e. De verzekerde is verplicht om desgevraagd mee te werken aan een onderzoek door een arbeidsdeskundige die de verzekeraar zal aanwijzen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van de verzekeraar;
- f. De verzekerde dient de verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel bij gedeeltelijke of gehele werkhervatting.

Het recht op uitkering vervalt indien de verzekerde opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt of heeft laten verstrekken.

## 12. EN BLOC WIJZIGING VAN PREMIE en/of VOORWAARDEN

De verzekeraar is gerechtigd om de premie en/of de voorwaarden op een door de verzekeraar te bepalen datum en bloc te wijzigen. De verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen met ingang van een door de 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 pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.

De verzekerde wordt van de wijzigingen schriftelijk in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen tenzij de verzekerde binnen 30 dagen na kennisgeving de verzekeraar schriftelijk laat weten niet akkoord te gaan met genoemde wijzigingen.

Indien de verzekerde dit aan de verzekeraar heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of voorwaarden.

De mogelijkheid van opzegging van de verzekering zoals genoemd geldt niet indien de wijziging van premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen en indien de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

De mogelijkheid van premiewijziging is alleen van toepassing bij maandpremiebetaling.

## 13. MELDINGSVERPLICHTING

De verzekerde dient de verzekeraar per direct te informeren indien:

- a. De maandelijks vaste lasten lager worden dan het verzekerde maandbedrag;
- b. De verzekerde met pensioen gaat of een VUT-regeling aanvaardt;
- c. De verzekerde verhuist tijdens de looptijd van de verzekering.

## 14. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

De verzekeraar en de administrateur zullen de door de verzekerde verstrekte persoonsgegevens op het aanvraagformulier voor deze verzekering verwerken om uitvoering te geven aan de verzekeringsovereenkomst. Voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst is of kan het noodzakelijk zijn dat er gegevensverkeer van persoonsgegevens plaats vindt met andere landen, hierbij inbegrepen landen buiten de Europese Unie. Door deze verzekeringsovereenkomst aan te gaan geeft de verzekerde ondubbelzinnige toestemming voor het gegevensverkeer van persoonsgegevens met andere landen. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorgdragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven welke een passend verwerkingsniveau waarborgen.

De verwerking van persoonsgegevens zal in overeenstemming zijn met de Wet bescherming persoonsgegevens. Verder is op deze verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van de Nederlandse Vereniging van Banken en het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kan de verzekerde eventueel opvragen bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl)

## 15. BEZWAAR EN KLACHTENPROCEDURE

Tegen een afwijzing van een schadeclaim kan de verzekerde binnen twaalf maanden na afwijzing van de schadeclaim bezwaar aantekenen. Ieder recht van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar betreffende een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van één jaar nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekerde binnen dit jaar het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt. Na één jaar gaat de verzekeraar ervan uit dat de verzekerde de beslissing van de verzekeraar heeft geaccepteerd.

Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar of de administrateur kunnen worden voorgelegd aan de verzekeraar onder vermelding van het polisnummer. De verzekeraar 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, dan kunnen deze voorgelegd worden aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag. De verzekeraar is bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening aangesloten. Alle geschillen in verband met of voortvloeiend uit deze overeenkomst die niet op de hiervoor beschreven wijze kunnen worden opgelost, dienen ter beslechting te worden voorgelegd aan de burgerlijke rechter te Amsterdam.

## 16. TOEPASSELIJK RECHT

Op deze verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

## 17. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Voor een aantal begrippen uit deze voorwaarden volgt hieronder een korte beschrijving:

Administrateur  
T@F B.V.  
Postbus 276  
3140 AG Maassluis  
Telefoon: 010-5993035

*Ambtelijke aanstelling*  
Aanstelling als ambtenaar in overheidsdienst.

*Arbeidsovereenkomst*  
Overeenkomst tussen werknemer en werkgever over het verrichten van werkzaamheden voor een te benoemen bepaalde of onbepaalde tijd.

### *Arbeidstherapie*

Van arbeidstherapie is sprake als aansluitend op een periode van ziekte de werkzaamheden gedeeltelijk worden hervat. Dit kan zijn voor eigen werkzaamheden of voor aangepaste werkzaamheden. Aan deze werkhervatting wordt geen financiële waardering toegekend.

### *Bevoegd medisch advies*

Medisch advies gegeven door een huisarts of specialist.

### *Claim*

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

### *Dienstverband*

De dienstbetrekking van een werknemer in de zin van de werkloosheidswet, waarbij voor zestien uur of meer per week werkzaamheden in Nederland worden verricht dan wel een ambtelijke aanstelling waarbij voor zestien uur of meer per week werkzaamheden in Nederland worden verricht.

### *Eigen-risicoperiode*

De periode, ook wel wachttijd genoemd, waarin verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen-risicoperiode is van toepassing op elke nieuwe claim wegens arbeidsongeschiktheid.

### *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. In geval de verzekerde werkloos is en ziek wordt, zal worden gekeken naar de laatst verrichtte werkzaamheden.

### *Einddatum*

De datum waarop de verzekering eindigt.

### *Huisarts*

Een in Nederland gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, als huisarts praktijk uitoefent, en die niet zelf de verzekerde is.

### *Kanker*

Kwaadaardige nieuwvormingen en/of kwaadaardige bloed- en beenmergziekten.

### *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.

### *Loonwaarde*

Van loonwaarde is sprake als de verzekerde na een periode van ziekte de werkzaamheden gedeeltelijk hervat. Dit kan zijn voor eigen werkzaamheden of aangepaste werkzaamheden.

Aan deze werkherhvatting wordt in tegenstelling tot arbeidstherapie wél een financiële waardering toegekend.

### *Medisch objectiveerbaar*

Een door de verzekerde geclaimde ziekte, aandoening of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn. Of een claim medisch objectiveerbaar is wordt vastgesteld volgens de in Nederland bij de medische beroepsverenigingen gebruikelijke consensus. Medisch niet objectiveerbare ziektes, aandoeningen, letsel, klachtenbeelden en syndromen die niet onder de dekking van deze verzekering vallen zijn:

- Chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten daarvan
- Fibromyalgie en equivalenten daarvan
- Postviraal syndroom
- Aspecifieke RSI
- Whiplash en het post-whiplashsyndroom
- Post-commotioneel syndroom
- Bekkeninstabiliteit
- Chronisch pijnsyndroom zonder onderliggende medisch te objectiveren afwijking
- Orgaanneurose, Da Costa syndroom
- Environmental Distress Syndrome (EDS) en equivalenten daarvan

### *Medische behandeling*

Voortdurende en doorlopende behandeling van een huisarts en/of specialist waarbij er een directe relatie moet zijn met de medisch objectiveerbare ziekte die aanleiding geeft tot arbeidsongeschiktheid. Met het begrip 'voortdurende en doorlopende behandeling' wordt niet bedoeld de 'onderhoudsbehandeling' door middel van periodieke controles voor ziektes die wel nog behandeld moeten worden, maar geen aanleiding geven tot relevante beperkingen voor arbeid. Preventieve behandelingen zijn uitgesloten van dekking.

### *Ongeval*

Een gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten komend, op de verzekerde inwerkend, geweld waardoor in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht. Dit lichamelijk letsel dient medisch objectiveerbaar te zijn.

### *Oproepovereenkomst*

De arbeidsovereenkomst waarbij men op afroep gedurende een wisselend aantal uren per week werkzaamheden verricht (bijvoorbeeld als uitzendkracht).

### *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.

### *Polis*

De verzekeringsovereenkomst tussen verzekerde en verzekeraar, vastgelegd in onder meer het polisblad, eventuele aanvullende clausulebladen, de op het polisblad vermelde verzekeringsvoorwaarden.

### *Premievervaldag*

De datum waarop premie verschuldigd is.

### *Psycholoog*

Een in Nederland gevestigde psycholoog die staat ingeschreven bij het 'Nederlands Instituut voor Psychologen' en die niet zelf de verzekerde is.

### *Seizoenswerkloosheid*

De werkloosheid die in bepaalde seizoenen optreedt en die een logisch gevolg is van de aard van de werkzaamheden.

### *Specialist*

Een in Nederland gevestigde arts die als specialist is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde is.

### *Verzekeraar*

Genworth Financial opererend onder de licentie van Financial Insurance Company Limited, gevestigd aan de dr. Willem Dreesweg 6, 1185 VB te Amstelveen.

### *Verzekerd maandbedrag*

Het op het polisblad als zodanig genoemde bedrag dat is verzekerd op grond van aantoonbare maandelijkse vaste lasten zoals huur, hypotheek, gas, water, licht, verzekeringen.

### *Verzekerde*

De persoon die deze verzekering heeft gesloten en als zodanig op de polis staat vermeld.

### *Wachttijd*

De periode, ook wel eigen-risicoperiode genoemd, waarin de verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De wachttijd is van toepassing voor elke nieuwe claim wegens arbeidsongeschiktheid.

#### *Werkgever*

De partij bij wie men in dienst is of treedt om te werken voor een overeengekomen periode.

#### *Werkloosheid*

De periode waarin men onvrijwillig en niet verwijtbaar werkloos is, waarbij de verzekerde een uitkering op grond van de Werkloosheidswet, een hieruit voortvloeiende wettelijke regeling en/of een uitkering of wachtgeldregeling voor ambtenaren ontvangt.

#### *Ziekte*

Van ziekte is sprake als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van werk als rechtstreeks en objectief medisch gevolg van ziekte, aandoening of letsel. Gedurende de eerste twee jaar gaat het hierbij om een ziekte, aandoening of letsel waardoor de eigen arbeid niet kan worden verricht. Na twee jaar wordt gekeken of de verzekerde passende werkzaamheden kan verrichten. Dit zijn werkzaamheden waartoe verzekerde gezien ervaring, opleiding en capaciteiten in staat is.

De geclaimde ziekte, aandoening of letsel moet medisch objectiveerbaar zijn.



#### **T@F B.V.**

Noordzee 10a

3144 DB Maassluis

Postbus 276

3140 AG Maassluis

Telefoon 010-599 30 35

Fax 010-599 30 55

E-mail [info@tatf.nl](mailto:info@tatf.nl)

**Internet [www.tatf.nl](http://www.tatf.nl)**