

Verzekeringsvoorwaarden Beschermd Calamiteiten Plan (0702)

Algemene Voorwaarden

Artikel 1 Definities

De hieronder vermelde begrippen hebben de volgende betekenis:

- 1.1 **Verzekerde:** degene die in de bij de betreffende dekking behorende Bijzondere Voorwaarden als zodanig is omschreven en die een vaste woon- en verblijfplaats in Nederland heeft.
- 1.2 **Verzekeringnemer:** degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op de polis staat vermeld.
- 1.3 **Risicodrager:**
Voor de dekkingen Werkloosheid, Blijvende Invaliditeit als gevolg van een ongeval, Ziekenhuisdaggeld en Ernstige Aandoeningen: DSB Schade NV., gevestigd en kantoor houdende aan de Dick Ketlaan 11-15, 1687 CD te Wognum.
Voor de dekking Echtscheiding London General Insurance Company Ltd. gevestigd te Harrow, Engeland, Verenigd Koninkrijk, Nederlands bijkantoor te Paasheuvelweg 1, 1105 BE Amsterdam (KvK 33239502). Deze verzekeraar staat onder toezicht van de Engelse Financiële autoriteit (registratienummer 202689).
- 1.4 **Gevolmachtigde:** DSB Assuradeuren B.V., Postbus 68, 1687 ZH te Wognum, telefoon (088) 3726700 fax (088) 3720194, zijnde de gevolmachtigde van risicodragers en het correspondentieadres voor alle vragen en informatie over de verzekering. De volmacht is bij de AFM geregistreerd onder nummer 12000038.
- 1.5 **Ingangsdatum van de verzekering:** de datum die op de polis staat vermeld als ingangsdatum van de verzekering, met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 4 en 5 van de Algemene Voorwaarden.
- 1.6 **Einddatum van de verzekering:** de datum die op de polis staat vermeld als einddatum van de verzekering of één van de data zoals nader aangegeven en omschreven in artikel 4 van de Algemene Voorwaarden.
- 1.7 **Begunstigde:** de natuurlijke persoon of rechtspersoon aan wie de uitkering uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst dient te geschieden.
- 1.8 **Koopsom:** een eenmalige premiebetaling bij aanvang van de verzekering.
- 1.9 **Maandpremie:** een maandelijkse betaling van de premie die bij aanvang van de verzekering overeengekomen wordt.
- 1.10 **Premievervaldag:** de uiterste dag waarop een verschuldigde premie betaald kan worden zonder in verzuim te geraken.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

1. De door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte inlichtingen en gedane verklaringen, gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en) die nodig zijn voor het juist beoordelen van het te verzekeren risico bij het aangaan van de verzekering, onder meer met betrekking tot de leeftijd, gezondheid en arbeidsstatus, vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarvan een onderdeel uit te maken.
2. Verzekeringnemer en/of verzekerde heeft de wettelijke plicht (zie artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek) om voor het sluiten van de overeenkomst aan risicodrager of diens gevolmachtigde alle feiten mee te delen die hij kende of behoorde te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van risicodrager of en zo ja, op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of kan afhangen.
3. Ingeval verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan de mededelingsplicht heeft voldaan behoudt gevolmachtigde zich namens risicodrager het recht voor de verzekeringsovereenkomst te doen eindigen, de uitkering krachtens deze verzekering te verlagen dan wel niet te verlenen overeenkomstig de wettelijke regeling terzake. Zie in dit verband ook het gestelde in artikel 4 lid 7 en 8 van deze Algemene Voorwaarden.

Artikel 3 Geldigheidsduur

De geldigheidsduur is de periode gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de werkelijke einddatum van de verzekering. De verzekering heeft een maximale duur van 240 maanden.

Artikel 4 Ingang en beëindiging van de verzekering

- 4.1 De verzekering gaat in op de op de polis vermelde ingangsdatum, mits de (eerste) premiebetaling door gevolmachtigde is ontvangen.
- 4.2 De verzekeringnemer heeft het recht per aangetekend schrijven de verzekeringsovereenkomst op te zeggen binnen 14 dagen nadat de polis door verzekerde is ontvangen. Dit kan alleen door de originele polis te retourneren aan gevolmachtigde. Gevolmachtigde zal in dat geval de reeds gestorte bedragen terugstorten onder inhouding van € 100,- aan administratiekosten indien de polis reeds in de administratie was opgenomen.
- 4.3 Naast het elders in deze voorwaarden bepaalde omtrent opzegging en beëindiging geldt dat de verzekering en/of uitkering eindigt:
 - a. op de dag van overlijden van de verzekerde;
 - b. op de einddatum van de verzekering zoals vermeld op de polis;
 - c. de datum waarop verzekerde 65 jaar wordt;
 - d. indien onderhavige verzekering op verzoek van verzekeringnemer conform artikel 7 voortijdig wordt beëindigd. Verzekeringnemer dient hiertoe bij gevolmachtigde een schriftelijk verzoek in te dienen.
- 4.4 Verzekeringnemer kan gedurende de looptijd van de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, opzeggen per aan de gevolmachtigde gericht schrijven. Verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van twee maanden in acht te nemen. De opzegging kan eerst kenbaar gemaakt worden na het verstrijken van een periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering. Tezamen met het schrijven dient de originele polis of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt een kopie daarvan, meegezonden te worden.
- 4.5 Indien verzekeringnemer de premie, verschuldigd op de eerste premievervaldag, weigert te betalen of niet tijdig betaald heeft gevolmachtigde het recht de verzekering namens risicodragers op te zeggen (in geval van niet tijdige betaling echter uitsluitend indien gevolmachtigde verzekeringnemer na het verstrijken van de premievervaldag vruchteloos heeft aangemaand om binnen 14 dagen te betalen). Bij een dergelijke opzegging eindigt de verzekering op de in de opzeggingsbrief genoemde beëindigingsdatum. Deze beëindigingsdatum zal in geval van niet-tijdige betaling niet eerder zijn gelegen dan twee maanden vanaf de dagtekening van de opzeggingsbrief.
- 4.6 Indien er meer dan 3 maanden achterstand in de betaling van de vervolgpremie bestaat, in die zin dat verzekeringnemer de premie verschuldigd op drie verschillende premievervaldagen niet tijdig heeft betaald, en gevolmachtigde verzekeringnemer na het verstrijken van één van deze premievervaldagen vruchteloos heeft aangemaand om binnen 14 dagen te betalen, heeft gevolmachtigde het recht de verzekering namens risicodragers op te zeggen. Bij een dergelijke opzegging eindigt de verzekering op de in de opzeggingsbrief genoemde beëindigingsdatum, welke beëindigingsdatum niet eerder zal zijn gelegen dan twee maanden vanaf de dagtekening van de opzeggingsbrief.
- 4.7 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door gevolmachtigde namens risicodragers binnen 2 maanden na de constatering dat verzekeringnemer de mededelingsplicht zoals genoemd in artikel 2 bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en:
 - verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet gevolmachtigde te misleiden, of
 - gevolmachtigde de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten.
- 4.8 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging van verzekeringnemer binnen 2 maanden nadat gevolmachtigde een beroep op het niet nakomen van de mededelingsplicht, zoals genoemd in artikel 2, heeft gedaan.

Artikel 5 Premiebetaling

5.1 Premiebetaling in geval van koopsompremie:

De verschuldigde premie als vermeld op de polis is eenmalig bij vooruitbetaling verschuldigd en dient uiterlijk 30 dagen na ingangsdatum van de verzekering te zijn voldaan. Indien de premie niet tijdig is voldaan, wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen, ondanks afgifte van de polis.

5.2 Premiebetaling in geval van maandpremie:

- a. De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd.
- b. Indien de eerste premiebetaling niet uiterlijk 30 dagen na ontvangst van het betalingsverzoek is voldaan, wordt zonder dat er een nadere ingebrekestelling door gevolmachtigde is vereist in het geheel geen dekking verleend.
- c. Indien de vervolgpremie niet tijdig is voldaan, wordt de dekking opgeschort vanaf de vijftiende dag nadat gevolmachtigde verzekeringnemer na de premievervaldag schriftelijk heeft aangemaand om binnen 14 dagen alsnog te betalen en betaling is uitgebleven.
- d. De verzekeringnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
- e. De dekking wordt weer van kracht na de dag waarop hetgeen verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel door gevolmachtigde is ontvangen. De dekking wordt derhalve pas weer van kracht nadat alle onbetaald gebleven maandtermijnen zijn voldaan.

Artikel 6 Premierestitutie bij koopsombetaling

- 6.1 Indien de totale verzekering voor een specifieke verzekerde door de gevolmachtigde wordt geweigerd vindt premierestitutie plaats. De gevolmachtigde restitueert in dat geval de volledige premie.
- 6.2 Indien de verzekering overeenkomstig artikel 4 lid 3 sub a of d dan wel lid 4, 7 of 8 van de Algemene Voorwaarden of overeenkomstig artikel 2.6 van de Bijzondere Voorwaarden inzake Werkloosheid eindigt zal gevolmachtigde premierestitutie verlenen. De berekening van de premierestitutie geschiedt in dat geval volgens de zogenaamde "78-methode".
- 6.3 78-methode: de hoogte van de premierestitutie wordt in de in lid 2 genoemde gevallen bepaald door de bruto premie te vermenigvuldigen met de volgende factor: $(n-t)(n-t+1) / n(n+1)$, en vervolgens te verminderen met kosten ter grootte van 10%. Hierbij staat n gelijk aan de contractuele looptijd van de verzekering in maanden, en t aan het aantal volle maanden gelegen tussen de aanvangsdatum van de verzekering en datum van voortijdige beëindiging.

Artikel 7 En bloc bepaling

Risicodrager heeft het recht de voorwaarden van dezelfde soort als deze verzekering en bloc te wijzigen. Risicodrager heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe voorwaarden aan te passen met ingang van een door de risicodrager vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de herziening van de voorwaarden eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving gevolmachtigde schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Indien verzekeringnemer dit aan gevolmachtigde heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de risicodrager vastgestelde datum voor de wijziging van de voorwaarden. Gevolmachtigde is in dit geval verplicht het eventueel onverdiende deel van de premie terug te betalen. De berekening van de terugbetaling geschiedt in geval van koopsombetaling volgens de zogenaamde "78-methode", zoals omschreven in artikel 6.3. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien de wijziging van de voorwaarden niet ten nadele van de verzekeringnemer of de begunstigde is.

Artikel 8 Uitsluitingen

Van de verzekering is uitgesloten schade:

8.1 Door molest

Dit is schade veroorzaakt door of ontstaan uit:

- gewapend conflict: onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar (of althans de een de ander), gebruikmakend van militaire machtsmiddelen, bestrijden. Onder gewapend conflict wordt niet verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
- burgeroorlog: onder burgeroorlog wordt 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;
- opstand: onder opstand wordt verstaan georganiseerd, gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde, gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- oproer: onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde, plaatselijke, gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- mouterij: onder mouterij wordt verstaan een min of meer georganiseerde, gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn. De zes hierboven genoemde vormen van molest, alsmede de definities van deze vormen van molest, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd. De aanwezigheid alsmede tijdstippen van intrede en beëindiging van een dergelijke situatie, zullen bindend worden vastgesteld door De Nederlandsche Bank.

8.2 Als die voor verzekerde het beoogde of zekere gevolg is van zijn handelen of nalaten dan wel het gevolg is van het niet in acht nemen van normale voorzichtigheid ter voorkoming van schade.

8.3 Voor zover verzekeringnemer/verzekerde/begunstigde daaromtrent onjuiste gegevens heeft verstrekt met het opzet risicodragers/geomachtigde te misleiden.

8.4 Voor zover verzekeringnemer/verzekerde/begunstigde daaromtrent onjuiste gegevens heeft verstrekt en risicodragers/geomachtigde daardoor in haar belangen is geschaad.

Tenslotte wordt geen schadevergoeding toegekend indien verzekerde zijn verplichtingen als omschreven in artikel 4 van zowel de Werkloosheidsdekking als de dekking voor Blijvende Invaliditeit, als en de dekking voor Ziekenhuisdaggeld en de dekking voor Echtscheiding, dan wel zijn verplichtingen als omschreven in artikel 6 van de dekking Ernstige Aandoeningen niet is nagekomen, en geomachtigde/risicodragers daardoor in zijn belangen is geschaad.

Artikel 9 Begunstiging

9.1 Uitkeringen uit hoofde van deze verzekering in geval van Werkloosheid, Blijvende Invaliditeit als gevolg van een ongeval, Ziekenhuisdaggeld en Ernstige Aandoeningen geschieden uitsluitend aan de op de polis ten aanzien van de betreffende dekking vermelde begunstigde (of de erfgenamen en rechtverkrijgenden onder algemene titel van verzekeringnemer).

9.2 De uitkering uit hoofde van deze verzekering in geval van Echtscheiding geschiedt uitsluitend en in gelijke mate aan de op het polisblad vermelde verzekerde (50%) en zijn of haar (ex) echtgeno(te)ot (50%), onder voorwaarde dat beiden gedurende de uitkeringsperiode in Nederland woonachtig zijn. Indien verzekerde of (ex) echtgeno(te)ot gedurende de periode waarin recht op uitkering bestaat komt te overlijden of Nederland metterwoon verlaat zal de maandelijks uitkering tot aan de maximaal uit te keren termijn (zie artikel 2.4 echtscheidingsdekking) volledig ten goede komen aan de in Nederland woonachtige overgebleven (ex) echtgeno(te)ot.

9.3 Indien de begunstiging schriftelijk wordt aanvaard door de begunstigde, wordt deze onherroepelijk nadat geomachtigde hiervan door verzekeringnemer schriftelijk in kennis is gesteld. Na het onherroepelijk worden van de begunstiging, kan de verzekeringnemer de uit deze verzekering voortvloeiende rechten slechts uitoefenen met medewerking van de als onherroepelijk aangewezen begunstigde.

Artikel 10 Verval van rechten

- 10.1 Gevolmachtigde/risicodragers wordt geacht enige vordering slechts nog redelijkerwijs te kunnen beoordelen indien niet meer dan 36 maanden zijn verstreken nadat het recht op uitkering is ontstaan. Indien een vordering op een later tijdstip wordt ingediend wordt gevolmachtigde/risicodragers daarom geacht in haar belangen te zijn geschaad. Derhalve vervallen alle vorderingen op risicodragers na verloop van 3 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop het verschuldigde opeisbaar is geworden.
- 10.2 Het recht op het vorderen van een uitkering vervalt na verloop van 6 maanden na de datum waarop gevolmachtigde bij aangetekende brief de vordering heeft afgewezen en er daarbij op heeft gewezen dat voornoemde termijn van 6 maanden begint te lopen.

Artikel 11 Kennisgeving

Kennisgevingen door de risicodragers en/of gevolmachtigde aan de verzekerde geschieden rechtsgeldig aan zijn laatste bij de risicodragers en/of gevolmachtigde bekende adres. De verzekerde zorgt ervoor dat zijn juiste adres bij beide bekend is.

Artikel 12 Verwerking persoonsregistraties

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering c.q. financiële dienst verstrekte persoonsgegevens worden door risicodragers c.q. gevolmachtigde, respectievelijk door DSB Bank N.V. alsmede entiteiten die onderdeel uitmaken van DSB Bank N.V., verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomst(en) en/of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op vergroting van het cliëntenbestand. De registratie is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) te Den Haag.

Artikel 13 Toepasselijk recht/Geschillen

- 13.1 Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 13.2 Ieder geschil, voortvloeiende uit of verband houdende met deze verzekeringsovereenkomst kan – indien overleg met gevolmachtigde en/of de risicodragers geen oplossing biedt – voorgelegd worden aan:
- a. de bevoegde rechter, dan wel
 - b. Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG, te Den Haag. Telefoonnummer 0900 - 3552248, www.kifid.nl

Bijzondere Voorwaarden

Dekking in geval van werkloosheid

Indien uit de polis blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd, gelden de volgende bepalingen inzake de dekking werkloosheid.

Artikel 1 Definities

- 1.1 **Verzekerde:** de op de polis vermelde natuurlijke persoon, die bij het aangaan van de verzekering goed bestand is tegen de eisen die zijn beroep en levensomstandigheden aan hem stellen, die op basis van de onderliggende verzekeringsvoorwaarden verzekerd is en:
 - a. de leeftijd van 18 jaar, maar nog niet de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt op de ingangsdatum van de verzekering
 - b. zijn huidige beroep in loondienst, voor de volledige werktijd betaald en actief uitoefent. De arbeidsovereenkomst dient voor onbepaalde tijd te zijn.
- 1.2 **Onvrijwillige werkloosheid:** volledige onvrijwillige werkloosheid van verzekerde welke het gevolg is van gedwongen ontslag van de verzekerde met als gevolg het volledige verlies van het arbeidsinkomen. De verzekerde voldoet bovendien aan alle criteria van de Werkloosheidswet (WW) en heeft recht op een WW-uitkering en ontvangt deze ook. De onvrijwillige werkloosheid is ontstaan 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering. Verzekerde was op dat moment in loondienst werkzaam en had geen enkel uitzicht op een eventueel ontslag dan wel anderszins te noemen omstandigheden die een einde zouden kunnen maken aan het dienstverband, dat bestond ten tijde van het tekenen van de aanvraag.
- 1.3 **Maandelijks uitkering:** een bedrag gelijk aan het verzekerde maandbedrag, zoals aangegeven op de polis, doch nimmer hoger (andere werkloosheidsuitkeringen meegerekend) dan het laatst verdiende netto inkomen.
- 1.4 **Volledige werktijd:** niet minder dan 18 uur per week (dan wel het aantal uren dat volgens de CAO waaronder verzekerde valt als volledige werktijd wordt aangemerkt) werkzaam in loondienst bij één en dezelfde werkgever.

Artikel 2 Uitkeringen

- 2.1 Binnen de geldigheidsduur van de verzekering zal gevolmachtigde in geval van onvrijwillige werkloosheid van de verzekerde gedurende een periode van 30 achtereenvolgende dagen, de maandelijkse uitkering op verzoek van verzekerde aan de begunstigde voldoen. Daarna zal de maandelijkse uitkering voldaan worden voor iedere volgende 30 achtereenvolgende dagen waarin de onvrijwillige werkloosheid voortduurt.
- 2.2 Uitkeringen aan de eerste begunstigde zullen plaatsvinden dan wel doorgaan, voor zolang als de verzekerde officieel en onvrijwillig werkloos is én een WW-uitkering krachtens een verplichte WW-verzekering ontvangt op basis van de beschikking van de WW-uitkerende instantie.
- 2.3 Uitkeringen zullen pas worden gedaan nadat een schademelding en/of vervolgschademelding aan gevolmachtigde is gedaan conform de voorwaarden van deze verzekering en het recht op uitkering door verzekerde is aangetoond en door de gevolmachtigde is geaccepteerd.
- 2.4 Het aantal maandelijkse uitkeringen per verzekerde is beperkt tot maximaal 18 per schadegeval, ongeacht of verzekerde na die periode nog een WW-uitkering geniet.
- 2.5 De maandelijkse uitkeringen worden alleen gedaan op verzoek van verzekerde en gelden als voorschot op de totale uitkering waarop verzekerde recht heeft krachtens deze verzekering op het moment dat de werkloosheid is opgeheven of verzekerde geen recht meer heeft op een WW-uitkering of anderszins niet (meer) voldoet aan de voorwaarden van deze verzekering. Indien verzekerde geen gebruik maakt van de voorschotregeling als hiervoor aangegeven, zal gevolmachtigde namens risicodrager het gehele bedrag waarop verzekerde krachtens deze verzekering recht heeft ineens volledig aan de eerste begunstigde voldoen op het moment dat verzekerde niet (meer) voldoet aan alle criteria van deze verzekering dan wel het maximaal totaal uit te keren bedrag is bereikt.
- 2.6 De uitkering, waarop verzekerde aanspraak kan maken op grond van onvrijwillige werkloosheid, bedraagt voor alle bij gevolmachtigde ondergebrachte werkloosheidsverzekeringen tezamen voor iedere maand maximaal € 1.000,00. Het maximaal uit te keren maandbedrag bedraagt - samen met enige andere voorziening voor derving van inkomen ten gevolge van werkloosheid, zoals

bijvoorbeeld een WW-uitkering - maximaal 100% van het laatstgenoten maandelijks netto inkomen van verzekerde. Verzekerde dient ten genoegen van de gevolmachtigde bewijzen van zijn laatstgenoten inkomen en meest recente WW-uitkering te overleggen. Indien bij een schade blijkt dat wegens uitkering van het verzekerd maandbedrag verzekerde er in het totale inkomen na werkloosheid duidelijk op vooruit gaat ten opzichte van het inkomen vóór de werkloosheid, dan behoudt gevolmachtigde zich het recht voor bij een schade-uitkering het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de in artikel 6 van de Algemene Voorwaarden beschreven 78-methode onder inhouding van kosten worden terugbetaald.

Artikel 3 Uitsluitingen

De gevolmachtigde is niet verplicht tot het doen van een uitkering wegens werkloosheid van de verzekerde indien:

- a. geen sprake is van gedwongen en onvrijwillig ontslag uit een volledig betaald loondienstverband;
- b. het ontslag te wijten is aan opzet of (grote) schuld van verzekerde zelf of enig ander bij de uitkering belanghebbende;
- c. sprake is van vrijwillige werkloosheid;
- d. de onvrijwillige werkloosheid ontstaat in de eerste 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering;
- e. de verzekerde op de ingangsdatum van de verzekering bekend was met, of (schriftelijke) mededeling ontvangen had van zijn aanstaande werkloosheid, of indien redelijkerwijs van hem mocht worden verwacht dat hij hiermee bekend was;
- f. de verzekerde niet (meer) officieel krachtens de Werkloosheidswet (WW) als werkloos wordt aangemerkt en derhalve niet (meer) een WW-uitkering geniet;
- g. de onvrijwillige werkloosheid ontstaat omdat een tijdelijk dienstverband eindigt;
- h. de verzekerde op de ingangsdatum van de verzekering of ten tijde van het ontslag een betrekking voor niet volledige werktijd vervulde;
- i. sprake is van onderbrekingswerkloosheid en/of normale seizoenswerkloosheid, zoals structureel aan het soort arbeid van verzekerde verbonden is;
- j. de onvrijwillige werkloosheid wordt veroorzaakt door alcohol- of drugsgebruik (anders dan op medisch voorschrift).

Artikel 4 Verplichtingen in geval van onvrijwillige werkloosheid

4.1 Verzekerde is verplicht om:

- a. gevolmachtigde zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen nadat hij heeft vernomen dat ontslag dreigt dan wel hij vernomen heeft dat de werkgever voornemens is hem te ontslaan;
- b. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 3 maanden na het intreden van de onvrijwillige werkloosheid in de zin van de Werkloosheidswet aan gevolmachtigde mededeling te doen van zijn onvrijwillige werkloosheid op de door deze voorgeschreven wijze, onder andere door middel van het daarvoor bestemde schadeaangifteformulier. Het niet melden van onvrijwillige werkloosheid binnen de gestelde termijn maakt de vordering niet ongeldig of voor vermindering vatbaar, indien de melding redelijkerwijs niet binnen de voorgeschreven termijn kon worden gedaan, en voor zover het belang van gevolmachtigde en/of risicodragers bij een tijdige melding hierdoor redelijkerwijs niet is geschaad. De melding dient dan zo spoedig als de omstandigheden toelaten te geschieden (onverlet latend het bepaalde in artikel 10 van de Algemene Voorwaarden);
- c. zijn onvrijwillige werkloosheid aan te tonen door middel van het overleggen van de door het CWI (Centrum voor Werk en Inkomen) c.q. uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken in verband met de door verzekerde te ontvangen uitkeringen krachtens de Werkloosheidswet (WW). Deze stukken dienen voor elke periode van 30 achtereenvolgende dagen waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, te worden overgelegd;
- d. gevolmachtigde terstond op de hoogte te brengen indien hij weer aan het werk is;
- e. zich na het intreden van de werkloosheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van gevolmachtigde en/of risicodragers kunnen worden geschaad;
- f. ten genoegen van de gevolmachtigde bewijzen van zijn laatstgenoten inkomen en meest recente WW-uitkering alsmede enige andere voorziening voor derving van inkomen ten gevolge van

- werkloosheid te overleggen.
- 4.2 Gevolmachtigde behoudt zich te allen tijde het recht voor een redelijk bewijs van de voortduring van de onvrijwillige werkloosheid naar zijn genoegen te eisen, alsmede de omstandigheden die tot de onvrijwillige werkloosheid hebben geleid, te verifiëren bij de laatste werkgever van verzekerde en/of bij het CWI.
- 4.3 Deze verzekering geeft geen dekking indien verzekerde een van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de gevolmachtigde en/of risicodragers zijn geschaad. Gevolmachtigde is eerst gehouden tot enige uitkering, indien is vastgesteld dat de aanvraag tot uitkering binnen de verzekeringsvoorwaarden valt en bovendien uit verkregen informatie duidelijk de aard en de duur van de onvrijwillige werkloosheid is gebleken. Elk recht op uitkering vervalt indien verzekerde bij schade opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt.

Dekking in geval van Blijvende Invaliditeit ten gevolge van een ongeval

Indien uit de polis blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd, gelden de volgende bepalingen inzake de dekking Blijvende Invaliditeit ten gevolge van een ongeval

Artikel 1 Definities

- 1.1 **Blijvende invaliditeit:** Objectiveerbaar blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig direct door lichamelijk letsel getroffen deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde. Bij het vaststellen van de blijvende functionele invaliditeit wordt geen rekening gehouden met het beroep van verzekerde.
- 1.2 **Letsel:** Direct door een ongeval veroorzaakte anatomische beschadiging.
- 1.3 **Ongeval:** Een plotselinge van buiten komende geweldsinwerking op het lichaam van verzekerde dat als enige en rechtstreekse oorzaak zijn blijvende invaliditeit tot gevolg heeft. Onder ongeval wordt mede verstaan:
- De gevolgen van een verkeerde medische behandeling, wondinfectie of bloedvergiftiging, mits rechtstreeks verband houdende met een gedekt ongeval;
 - Lichamelijk letsel bij rechtmatige zelfverdediging, alsmede bij redding van personen, dieren of goederen of een poging daartoe;
 - Acute vergiftiging door het binnenkrijgen van giftige en/of bijtende gassen, dampen, stoffen, vloeistoffen, spijsen en/of dranken, alsmede het onvrijwillig binnen krijgen van vreemde voorwerpen, met uitzondering van genees-, genots- of verdovende middelen, tenzij op medisch voorschrift verstrekt in verband met een gedekt ongeval. Uitgesloten is besmetting of vergiftiging door bacteriën of virussen behoudens het onder 1.3. sub f bepaalde.
 - Verstuiking, ontwrichting, spier- en/of peesverrekking of verscheuring alsmede beschadiging van weke delen of kraakbeen;
 - Bevriezing, verbranding (met uitzondering van zonnebrand en/of bestraling, behoudens het bepaalde in artikel 1.3. sub a), zonnesteek alsmede uitputting en/of zonnebrand ten gevolge van het geïsoleerd raken door bijvoorbeeld onvrijwillige insluiting, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding of schipbreuk.
 - Bacteriële of virusbesmetting door een val in een vaste of vloeibare stof.
- 1.4 **Verzekerde:** Degene wiens blijvende invaliditeit is verzekerd en ook als zodanig op de polis staat vermeld.

Artikel 2 Gebied waar de dekking geldig is

Deze dekking is van kracht in de gehele wereld.

Artikel 3 Uitsluitingen

Niet gedekt is Blijvende Invaliditeit ten gevolge van een ongeval dat ontstaan is:

- door opzet of met goedvinden van verzekerde of begunstigde;
- door het onder invloed zijn van bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, alsmede

- alcoholhoudende drank, waarbij bij verkeersongevallen het wettelijk toegestaan alcoholpromillage is overschreden en bij andere ongevallen het alcoholpromillage hoger of gelijk aan 1.5 promille is, tenzij verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestond tussen het ongeval en het onder invloed zijn;
3. bij het (mede) plegen door verzekerde van een misdrijf dan wel het medeplichtig zijn van verzekerde aan een misdrijf;
 4. door een waagstuk waarbij verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij een poging zichzelf, of anderen, dieren of zaken te redden;
 5. tijdens deelneming aan gevechtssporten zoals bokswedstrijden, maar ook tijdens deltavliegen en strandzeilen;
 6. tijdens professionele sportbeoefening;
 7. door grove veronachtzaming van de geboden veiligheidsmaatregelen en voorschriften tijdens tochten in het hooggebergte en op gletsjers (met of zonder ski's), alsmede tijdens het klettern tegen rotsen en over ijs, canyoning en schansspringen;
 8. tijdens de voorbereiding tot of deelname aan gemotoriseerde snelheids- of behendigheidswedstrijden;
 9. tijdens het besturen van een motorrijwiel of scooter indien verzekerde als bestuurder jonger is dan 24 jaar en de motorinhoud 50 cc of meer bedraagt;
 10. indien bij een verkeersongeval verzekerde als bestuurder krachtens wettelijke bepalingen niet bevoegd was het motorrijtuig te besturen, inclusief joyriding;
 11. door molest, tenzij het ongeval buiten Nederland plaatsvindt binnen veertien dagen nadat zich voor de eerste keer dergelijke gebeurtenissen voordoen in een land waar verzekerde verblijft en hij / zij door het uitbreken van de gebeurtenissen aldaar is verrast;
 12. door rellen, relletjes en opstootjes, tenzij verzekerde bewijst dat hij niet aan de zijde van de onruststokers actief of door opruiing hieraan deelnam;
 13. door psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreekse gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;
 14. tijdens het gebruik van houtbewerkingmachines, tenzij uit de polis blijkt dat dit risico uitdrukkelijk is meeverzekerd;
 15. door het niet dragen van de voorgeschreven veiligheidsgordels, veiligheidshelm of veiligheidsbril, of door zich op enige andere wijze niet te houden aan de van toepassing zijnde veiligheidsvoorschriften.

Artikel 4 Verplichtingen

- 4.1 Indien verzekerde een beroep wenst te doen op een uitkering voor blijvende invaliditeit is hij verplicht binnen 3 maanden na het plaatsvinden van het ongeval ten gevolge waarvan de blijvende invaliditeit is ontstaan hiervan melding te doen bij gevolmachtigde. Vindt de melding op een later tijdstip plaats, dan zal gevolmachtigde de schademelding uitsluitend in behandeling nemen indien de belagen van risicodragers/gevolmachtigde door de te late melding niet zijn geschaad. Daardoor is vereist dat naar het oordeel van gevolmachtigde voldoende wordt aangetoond dat:
 - de invaliditeit uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
 - de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestsgesteldheid zijn vergroot, en verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.
- 4.2 Verzekerde dient zich zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen, resp. hieronder te blijven, indien dit redelijkerwijs noodzakelijk is.
- 4.3 Verzekerde dient zich op verlangens van gevolmachtigde door een door haar aangewezen geneeskundige te laten onderzoeken. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van gevolmachtigde.

Artikel 5 Vaststelling van de uitkering

- 5.1 De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld is afhankelijk van het lichaamsdeel of orgaan dat door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.
- 5.2 De vaststelling van de mate van de blijvende invaliditeit zal geschieden na een in Nederland te verrichten medisch onderzoek waartoe door de medisch adviseur van gevolmachtigde aan een

door hem aan te wijzen arts opdracht zal worden gegeven, tenzij gevolmachtigde en verzekerde overeenstemming bereiken over de uitkering zonder een voorafgaand medisch onderzoek. De bepaling van het percentage functieverlies bij letsel geschiedt door de medisch adviseur van gevolmachtigde. In de hierna genoemde gevallen komt de uitkering overeen met het daarachter vermelde percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

Algeheel verlies (van de functie) van:

Functie	Percentage
beide ogen	100%
één oog	30%
doch indien krachtens deze verzekering uitkering is verleend wegens algeheel verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog	70%
het gehoor van beide oren	100%
het gehoor van één oor	20%
een arm tot in het schoudergewricht	75%
een hand	65%
een duim	25%
een wijsvinger	15%
elke andere vinger	12%
een been tot in het heupgewricht	75%
een voet	55%
een grote teen	15%
elke andere teen	10%
de wervelkolom	100%
het zenuwstelsel	100%
een long	25%
een nier	20%
de milt	10%
de reuk	10%
de smaak	10%
post-commotioneel-syndroom ten hoogste	5%
post-whiplash-syndroom ten hoogste	5%
volledig verlies van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties	10%

Indien verzekerde letsel heeft opgelopen dat niet 100% overeenkomt met hetgeen vermeld staat in bovenstaande lijst (e.e.a. ter beoordeling van de medisch adviseur) dan zal de medisch adviseur het invaliditeitspercentage vaststellen volgens de maatstaven vastgelegd in de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (AMA). Bij de vaststelling van het invaliditeitspercentage zal geen rekening worden gehouden met het beroep van verzekerde maar wel met de stijgende invaliditeitschaal van artikel 5.9, mits deze als zodanig op de polis is aangetekend.

5.3 Gedeeltelijk functieverlies

Bij gedeeltelijk verlies of blijvende gedeeltelijke onbruikbaarheid van één van de in bovenstaande lijst genoemde lichaamsdelen, organen, zintuigen en/of geestelijke vermogens wordt een evenredig deel van het onder artikel 5.2 genoemde percentage in aanmerking genomen. Dit gedeeltelijke verlies dan wel deze gedeeltelijke onbruikbaarheid zal worden vastgesteld door een arts, conform het gestelde in artikel 5.2.

5.4 Meerdere letsels ten gevolge van één ongeval

Indien één en hetzelfde ongeval meer dan één blijvend letsel tot gevolg heeft, vergoedt gevolmachtigde het bij elk afzonderlijk letsel behorende percentage, met dien verstande dat het totaal uit te keren bedrag het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag niet overschrijdt en voor meerdere vingers van een hand tezamen geen hoger percentage zal gelden dan voor de gehele hand.

5.5 Bestaande invaliditeit

Indien door een ongeval de reeds bestaande invaliditeit wordt vergroot, dan wordt de uitkering gerelateerd aan de verzwaren van de mate van invaliditeit, uitgedrukt als percentage van volledige invaliditeit. Hierbij wordt van het invaliditeitspercentage na het ongeval het invaliditeitspercentage afgetrokken, dat reeds vóór het ongeval bestond.

De uitkering bedraagt vervolgens het aldus berekende percentage van het verzekerde bedrag, tenzij een stijgende invaliditeitsuitkering volgens artikel 5.9 is meeverzekerd. In dat geval wordt

het berekende uitkeringspercentage vervolgens verhoogd volgens de normen van artikel 5.9.

5.6 **Vaststelling binnen twee jaar**

De invaliditeitsuitkering geschiedt zodra de blijvende graad van invaliditeit vaststaat, doch uiterlijk twee jaar na de datum van de aanmelding van het ongeval.

5.7 **Rentevergoeding**

Over een invaliditeitsuitkering die, te rekenen vanaf de datum van aanmelding van het ongeval bij risicodragers, na de 180e dag wordt gedaan, vergoedt gevormde wettelijke rente over de periode van de 181e dag tot aan de dag van uitkering.

Vergoeding van de rente zal geschieden tegelijkertijd met de einduitkering. Geen rente wordt vergoed over het bedrag dat risicodragers aan voorschotten heeft betaald.

5.8 **Overlijden van verzekerde voor de einduitkering**

Indien verzekerde voordat de einduitkering voor invaliditeit plaatsvindt als gevolg van het ongeval overlijdt, vervalt het recht op een invaliditeitsuitkering en op de rente. Bij overlijden van verzekerde, niet als gevolg van het ongeval, wordt de invaliditeitsuitkering alsnog vastgesteld zoals het redelijkerwijs zou zijn geworden bij een medische eindtoestand en onder bijrekening van de rente tot de dag van overlijden.

5.9 **Stijgende invaliditeitsuitkering tot 350%**

De uitkering in geval van een overeenkomstig artikel 5.2 en/of 5.3 berekende blijvende invaliditeit van meer dan 25% zal als volgt worden vastgesteld:

Bij een invaliditeitspercentage van xx% bedraagt het uitkeringspercentage xx%

Invaliditeit- percentage	Uitkeringspercentage van de verzekerde som	Invaliditeits- percentage	Uitkeringspercentage van de verzekerde som	Invaliditeits- percentage	Uitkeringspercentage van de verzekerde som
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
30	40	55	125	80	250
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
35	55	60	150	85	275
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
40	70	65	175	90	300
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
45	85	70	200	95	325
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
50	100	75	225	100	350

Artikel 6 Maximum uitkering

In geval van Blijvende Invaliditeit zal per gebeurtenis en per persoon maximaal € 175.000,- worden uitgekeerd.

Dekking ziekenhuisdaggeld

Indien uit de polis blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd, gelden de volgende bepalingen inzake de dekking Ziekenhuisdaggeld

Artikel 1 Definities

- 1.1 **Verzekerde:** de persoon die als zodanig op de polis staat vermeld en die in verband met een noodzakelijke geneeskundige behandeling gedurende tenminste 24 uur in het ziekenhuis is opgenomen.
- 1.2 **Ziekenhuisopname:** een opname in een erkend(e) ziekenhuis of kliniek ten gevolge van een ongeval of ziekte welke verzekerde is overkomen tijdens de geldigheidsduur van deze verzekering.
- 1.3 **Erkend ziekenhuis of kliniek:** een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Artikel 2 Maximum dekking

Onder deze dekking is een bedrag verzekerd dat eerst verschuldigd is aan het einde van een periode van ziekenhuisopname. De hoogte van het bedrag wordt bepaald door de daggelduitkering te vermenigvuldigen met het aantal opeenvolgende volledige dagen van ziekenhuisopname. De uitkering per volledige dag van ziekenhuisopname bedraagt € 50,-. Er worden per uitkering maximaal 30 opeenvolgende volledige dagen van ziekenhuisopname in aanmerking genomen. De maximale daggelduitkering van € 50,- geldt eveneens indien er sprake is van gelijktijdige ziekenhuisopname van meerdere verzekerde personen. Ter vaststelling van de maximale hoogte van de uitkering onder deze dekking zullen perioden van ziekenhuisopname binnen zes achtereenvolgende maanden als één en dezelfde gebeurtenis worden beschouwd.

Artikel 3 Uitsluitingen

Verzekerde heeft geen recht op uitkering van ziekenhuisdaggeld indien de reden van ziekenhuisopname het gevolg is van:

1. lichamelijk letsel of ziekte dat/die voor verzekerde het beoogde of zekere gevolg van zijn handelen of nalaten is;
2. het onder invloed zijn van bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, alsmede alcoholhoudende drank, waarbij bij verkeersongevallen het wettelijk toegestaan alcoholpromillage is overschreden en in andere gevallen het alcoholpromillage hoger of gelijk aan 1.5 promille is;
3. het (mede) plegen door verzekerde van een misdrijf dan wel het medeplichtig zijn van verzekerde aan een misdrijf;
4. een waagstuk waarbij verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was voor een juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij een poging zichzelf, of anderen, dieren of zaken te redden;
5. deelneming aan gevechtssporten zoals bokswedstrijden, maar ook tijdens deltavliegen en strandzeilen;
6. professionele sportbeoefening;
7. grove veronachtzaming van de geboden veiligheidsmaatregelen en voorschriften tijdens tochten in het hooggebergte en op gletsjers (met of zonder ski's), alsmede tijdens het klettern tegen rotsen en over ijs, canyoning en schansspringen;
8. de voorbereiding tot of deelname aan gemotoriseerde snelheids- of behendigheidswedstrijden;
9. het besturen van een motorrijtuig of scooter indien verzekerde als bestuurder jonger is dan 24 jaar en de motorinhoud 50 cc of meer bedraagt;
10. een verkeersongeval waarbij verzekerde als bestuurder krachtens wettelijke bepalingen niet bevoegd was het motorrijtuig te besturen, inclusief joyriding;
11. het niet dragen van de voorgeschreven veiligheidsgordels, veiligheidshelm of veiligheidsbril, of door zich op enige andere wijze niet te houden aan de van toepassing zijnde veiligheidsvoorschriften;

12. ieder lichamelijk letsel of iedere ziekte, waarvoor de verzekerde gedurende een periode van 12 maanden direct voorafgaande aan de ingangsdatum van de verzekering medische behandeling of controle heeft ontvangen of had moeten ontvangen.

Artikel 4 Aanvullende verplichtingen

1. Verzekerde dient de ziekenhuisopname zo spoedig mogelijk, doch in elk geval binnen 3 maanden na beëindiging van deze opname bij gevolmachtigde te melden. Gevolmachtigde zal verzekerde op verzoek een schadeaanvraagformulier zenden. Vindt de schademelding op een later tijdstip plaats, dan zal gevolmachtigde de schademelding uitsluitend en alleen in behandeling nemen indien haar belangen door de te late melding niet zijn geschaad.
2. Verzekerde dient bij de schademelding officiële stukken te overleggen waaruit blijkt dat er daadwerkelijk sprake is geweest van ziekenhuisopname. Tevens dient uit de stukken duidelijk te blijken wat de exacte reden van ziekenhuisopname is geweest.
3. Desgevraagd dient verzekerde aan de medisch adviseur van de gevolmachtigde alle medewerking te verlenen in het bijzonder met betrekking tot het inwinnen van inlichtingen bij de behandelend arts en/of specialist met betrekking tot de medische voorgeschiedenis van verzekerde alsmede met betrekking tot de reden van ziekenhuisopname.

Dekking in geval van een Ernstige Aandoening

Indien uit de polis blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd, gelden de volgende bepalingen inzake de dekking Ernstige Aandoeningen.

Artikel 1 Definities

- 1.1 **Verzekerd kapitaal:** het op het polisblad vermelde verzekerde kapitaal met een maximum van € 40.000 per verzekerde.
- 1.2 **Ernstige Aandoening:** onder 'Ernstige Aandoeningen' worden uitsluitend de aandoeningen verstaan zoals vermeld in artikel 5.7 a t/m q.
- 1.3 **Verzekerde:** degene die als zodanig op de polis staat vermeld en die aan één van de hierboven vermelde Ernstige Aandoeningen lijdt.
- 1.4 **Erkend ziekenhuis of kliniek:** een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten.

Artikel 2 Gebied waar de dekking geldig is

Deze dekking is van kracht in de gehele wereld, mits voldaan is aan de volgende voorwaarden:
- de vaste woon- en verblijfplaats van verzekerde bevindt zich in Nederland;
- verzekerde bevindt zich niet meer dan 13 achtereenvolgende weken in enig jaar buiten Nederland.

Artikel 3 Einde dekking

De dekking in geval van een Ernstige Aandoening eindigt op de eerste dag nadat gevolmachtigde tot uitkering van het verzekerd bedrag is overgegaan.

Artikel 4 Algemene Uitsluitingen

- 4.1 Verzekerde kan geen aanspraak maken op een uitkering indien de Ernstige Aandoening:
 1. ontstaan / verergerd is en verzekerde verzuimd heeft medisch advies in te winnen dan wel verzuimd heeft het medisch advies op te volgen;
 2. ontstaan / verergerd is en verzekerde meer dan 13 achtereenvolgende weken in een jaar in het buitenland verbleven heeft;
 3. direct dan wel indirect ontstaan / verergerd is doordat verzekerde een misdrijf heeft gepleegd

- dan wel medeplchtig is aan het plegen van een misdrijf;
4. ontstaan / verergerd is gedurende de periode dat verzekerde deel uitmaakte van een krijgsmacht dan wel deelnam aan missies ter handhaving of herstel van de (internationale) vrede;
 5. direct dan wel indirect het gevolg is van terrorisme, kidnapping dan wel een poging daartoe, een aanval, bestorming of andere gewelddadigheid van een persoon of organisatie;
 6. direct dan wel indirect het gevolg is van of verergerd is door professionele sportbeoefening, racen, duiken, vliegen (inclusief bungy-jumping, hanggliding, ballonvaarten, parachutespringen en skydiving) anders dan als bemanningslid of als betalend passagier in een passagiersvliegtuig dat vliegt volgens een reguliere route of enige andere gevaarlijke activiteit of sport, tenzij toegestaan op grond van een speciaal bewijs daarvoor;
 7. direct of indirect het gevolg is van een HIV-infectie (al of niet resulterend in AIDS) of enig ziektebeeld van vergelijkbare aard, echter met inachtneming van het bepaalde in artikel 5.7 sub q;
 8. direct dan wel indirect het gevolg is van / verergerd is door het gebruiken van drugs anders dan op medisch voorschrift, alcoholmisbruik dan wel het innemen van gif;
 9. direct dan wel indirect ontstaan / verergerd is door ongeoorloofde handelingen van degene die op grond van deze verzekering als begunstigde is aangewezen;
 10. direct dan wel indirect het gevolg is van dan wel verergerd is door een atoomkernreactie, kernfusie, atoomsplitsing, nucleair afval dan wel radioactieve straling.
- 4.2 Indien één van de Ernstige Aandoeningen waarvoor op grond van deze verzekering dekking wordt verleend, ooit geacht wordt te genezen te zijn door genetische manipulatie, vervanging, verwijdering, inenting dan wel enige andere (medische) behandeling, dan zal die betreffende Ernstige Aandoening niet langer onder de dekking van deze verzekering vallen.
 - 4.3 Geen recht op vergoeding bestaat indien de Ernstige Aandoening ontstaat binnen 90 dagen na de ingangsdatum van deze verzekering.
 - 4.4 Geen recht op vergoeding bestaat indien de Ernstige Aandoening het directe dan wel indirecte gevolg is van en/of verergerd is door een aandoening, kwaal of ziekte waarvan verzekerde op het aanvraagformulier geen melding heeft gemaakt en waarvoor al voor de ingangsdatum van de verzekering:
 - medisch advies dan wel medische behandeling aanbevolen en/of gegeven is door een gezondheidsdeskundige; of
 - zodanig bewijs van bestaan bestond dat een reëel denkend persoon om medisch advies, medische behandeling of medische zorg door een gezondheidsdeskundige had verzocht.
 - 4.5 Geen recht op vergoeding bestaat indien verzekerde binnen 30 dagen nadat onomstotelijk is komen vast te staan dat sprake is van een Ernstige Aandoening als bedoeld in artikel 1.2. van de Bijzondere Voorwaarden Ernstige Aandoeningen is overleden.

Artikel 5 Uitkering

- 5.1 Het recht op uitkering ontstaat op het moment dat de diagnose van de Ernstige Aandoening door een in Nederland geregistreerde arts (niet zijnde verzekeringnemer zelf, verzekerde zelf, partner of echtgenoot dan wel enig ander familielid) is gesteld, mits het moment van vaststelling ligt na de ingangsdatum van de verzekering (met inachtneming van het gestelde in artikel 4.3), de verzekerde tenminste 30 dagen na de vaststelling van de Ernstige Aandoening nog in leven is en op het moment van melding van de schade nog in leven is.
- 5.2 De medisch adviseur van gevolmachtigde moet de diagnose als bedoeld in artikel 5.1. volledig onderschrijven alvorens tot uitkering overgegaan kan worden.
- 5.3 De uitkering is verschuldigd vanaf het moment als bedoeld in lid 1 van dit artikel en bestaat uit een eenmalige uitkering van het op het polisblad vermelde verzekerd bedrag. Verzekerde kan op grond van de dekking Ernstige Aandoening nooit op meer dan 1 uitkering aanspraak maken.
- 5.4 Indien de in lid 1 van dit artikel genoemde diagnose niet in Nederland wordt gesteld, dient de verzekerde een schriftelijke verklaring van de door hem bezochte arts aan gevolmachtigde te overleggen. Gevolmachtigde heeft in een dergelijk geval te allen tijde het recht de gestelde diagnose in Nederland te verifiëren. Bij een strijdige diagnose is de in Nederland gestelde diagnose bepalend voor het recht op uitkering. De kosten van de verificatie komen voor rekening van de gevolmachtigde.
- 5.5 De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekeringnemer komen.
- 5.6 Het recht op uitkering ontstaat als gevolg van één van de gelimiteerde gebeurtenissen zoals

omschreven in artikel 5.7 a t/m q.

- 5.7 a. Kanker, in de zin van deze verzekering, houdt in de aanwezigheid van een kwaadaardige tumor die gekenmerkt wordt door progressieve, ongecontroleerde groei, uitzaaiing van kwaadaardige cellen en beschadiging dan wel vernietiging van normaal en omliggend weefsel. Een ernstige ingreep of behandeling dan wel een zware operatie moet noodzakelijk geacht worden of pijnstillende zorg moet gestart zijn. Kanker moet uitdrukkelijk vastgesteld zijn, ondersteund door histologisch bewijs.
- De volgende tumoren zijn van de dekking uitgesloten:
1. Ziekte van Hodgkin en non-Hodgkin lymfkliergezwellen fase 1 (Ann Arbor classificatie);
 2. Leukemie indien er geen uitzaaiing is van de leukemiecellen in het bloedvormende beenmerg;
 3. Tumoren die kwaadaardige veranderingen in carcinoma in situ laten zien (inclusief cervicale dysplasie CIN-1, CIN-2 en CIN-3) of tumoren die histologisch gezien als 'pre-maligne' worden omschreven;
 4. Alle vormen van huidkanker, tenzij er bewijs van metastase is of de tumor een kwaadaardig melanoom is van meer dan 1,5 mm maximale dikte, vastgesteld na histologisch onderzoek waarbij de Breslow-methode is gebruikt;
 5. Prostaatkanker die histologisch omschreven wordt als TNM Classificatie T1 (a) of T1 (b), of die van een andere gelijkwaardige dan wel mindere classificatie is;
 6. Papillair micro-carcinoom aan de schildklier;
 7. Zich niet verspreidende papillaire blaaskanker, histologisch omschreven als TaNOMO of van een mindere classificatie.
- b. Beroerte: een beschadiging van de hersenen door een bloeding en/of verstopping van een bloedvat, waarbij neurologische afwijkingen optreden die drie maanden na de beroerte nog aanwezig moeten zijn, inclusief herseninfarct, intracraniale of subarachnoidale bloedingen. De neurologische afwijkingen zijn: halfzijdige verlamming, spraakstoornis, bewustzijnsstoornis. Uit de diagnose moet blijken dat het om een blijvende neurologische afwijking gaat; daarnaast moet de beroerte tot gevolg hebben dat de verzekerde permanent en onomkeerbaar niet in staat is om
- zich binnenshuis gelijkvloers van kamer naar kamer te bewegen,
 - zichzelf te voeden met geprepareerd en beschikbaar gesteld voedsel,
 - mondeling met zijn omgeving te communiceren.
- Er moet duidelijk bewijs zijn door middel van CT, MRI of gelijkwaardige geschikte beeldtechnieken dat een beroerte heeft plaatsgevonden of
- een infarct van het hersenweefsel; of
 - intracraniale of subarachnoidale bloedingen.
- Cerebrale symptomen als gevolg van migraine, cerebrale verwonding als gevolg van trauma of hypoxie en vasculaire ziekte die het oog aantast, een zenuw in het gezicht of vestibulaire functies zijn uitgesloten.
- c. Hartaanval: een afgestorven deel van de hartspier ten gevolge van onvoldoende bloedtoevoer aan het desbetreffende deel van de hartspier. Aan de volgende criteria, moet voldaan zijn: 1. pijn in de borst 2. ECG afwijkingen 3. diagnostische toename van specifieke cardiale kenmerken van een hartaanval 4. bewijs van vermindering van de linker ventriculaire functie, zoals verminderde linker ventriculaire ejectie fractie of aanmerkelijke hypokinesie, akinesie of afwijkingen in het bewegen van de wand ten gevolge van een hartaanval. Uitgesloten: stil infarct en pijn op de borst (angina pectoris) zonder infarct.
- d. By-pass operatie: een operatie waarbij de borstkas geopend wordt om twee of meer vernauwde of verstopte kransslagaderen te vervangen. Uitgesloten: operatie zonder openen borstkas zoals ballondilatatie, stentplaatsing, laserbehandeling.
- e. Nierfalen: eindstadium van nierfalen zich presenterend als chronisch onomkeerbaar functieverlies van beide nieren, als gevolg waarvan nierdialyse of een niertransplantatie wordt uitgevoerd. Uitgesloten: uitval van één nier.
- f. Orgaantransplantatie: van toepassing is transplantatie van de volgende menselijke organen: hart, nier, lever, long, pancreas, beenmerg. Uitgesloten is transplantatie van ieder ander orgaan, onderdelen van organen of celweefsel.
- g. Operatie aan de aorta: een operatie waarbij de borstkas geopend wordt en waarbij de aorta vervangen moet worden door een prothese vanwege vernauwing of verwijding. Uitgesloten: operatie aan aftakkingen van de aorta, zoals de carotis, nierarterie.
- h. Hartklepoperatie: operatie waarbij de borstkas geopend wordt ter vervanging van aorta-/mitraal-/pulmonaal- of tricuspidaalklep als gevolg van het niet goed

sluiten, door een kunstklep of klep van varkenshart.

- i. Multiple Sclerose: mits gediagnosticeerd door neurologen in een erkend ziekenhuis of kliniek en mits er sprake is van typische symptomen ten gevolge van de demyelinisatie zoals, niet gelimiteerd: zichtverlies, gevoels-, blaas-, maagdarm- en zenuwproblemen. De claim wordt uitsluitend gehonoreerd als de Multiple Sclerose neurologische afwijkingen geeft die resulteren in een blijvend en onomkeerbaar onvermogen van verzekerde om 1. gelijkvloers van kamer naar kamer te gaan en 2. zelfstandig te eten indien het voedsel klaargemaakt en beschikbaar is.
- j. Ziekte van Parkinson: een langzaam progressieve degeneratieve ziekte aan het centrale zenuwstelsel met daarbij optredende degeneratie van zenuwcellen in de hersenen hetgeen vermindering van het dopamineniveau in delen van de hersenen veroorzaakt. De ziekte moet ondubbelzinnig vastgesteld zijn en aan de volgende voorwaarden moet voldaan zijn:
 1. de ziekte kan niet gecontroleerd worden door medicijnen;
 2. de ziekte laat tekenen van progressieve verslechtering zien;
 3. de ziekte moet neurologische tekortkomingen veroorzaken die resulteren in permanent en onomkeerbaar onvermogen van verzekerde om zich binnenshuis gelijkvloers van kamer naar kamer te bewegen.
- k. Verlamming: volledige en blijvende verlamming van twee of meer ledematen (de gehele arm of het gehele been), die minstens drie maanden bestaat, ten gevolge van een beschadiging of aandoening van de wervelkolom. Uitgesloten: incomplete verlamming, één verlamde ledemaat, voorbijgaande verlamming.
- l. Blindheid: blijvend en volledig gezichtsverlies van beide ogen als gevolg van ziekte of ongeval, vastgesteld door een oogarts.
- m. Gehoorverlies: blijvend onherstelbaar verlies van het gehoor in beide oren met een gehoorgrens van meer dan 90 decibel als gevolg van ziekte of ongeval. Vastgesteld door een KNO-arts. Indien de aandoening met behulp van gehoortoestel of implantaat gedeeltelijk of geheel hersteld kan worden is het gehoorverlies van dekking uitgesloten.
- n. Ernstige brandwonden, waaronder worden verstaan derde graadsbrandwonden, waarbij tenminste 20% van het huidoppervlak, vastgesteld op grond van de Rule of Nines of de Lund en Bowder Body Surface Chart, is getroffen.
- o. Terminale leverziekte: terminaal stadium leverfalen met toenemende geelzucht die volgens de algemene medische standaard niet verbetert en zal resulteren in hetzij ascites, hetzij encephalopathie. Uitgesloten zijn leveraandoeningen veroorzaakt door alcoholgebruik en door medicijn- drugsgebruik niet voorgeschreven door een arts.
- p. Goedaardige hersentumor: een levensbedreigende tumor in de hersenen die karakteristieke symptomen van verhoogde intracranieële druk zoals papiloedeem, geestelijke symptomen, aanvallen en beschadigingen aan de gevoelsorganen veroorzaakt. De tumor moet:
 - resulteren in het direct ondergaan van een operatie teneinde de tumor geheel weg te halen dan wel de tumor zo klein mogelijk te maken;
 - behandeld worden door middel van chemotherapie of radiotherapie;
 - geacht worden niet operabel te zijn en continue groter worden ofDaarnaast dient een pijnstillende behandeling gestart te zijn.
Cystes, verkalking, granuloom, misvormingen in of van de aderen of bloedvaten in de hersenen, hematoom en tumoren in de hypofyse of wervelkolom zijn niet gedekt.
- q. HIV op voorwaarde dat:
 - de infectie veroorzaakt is door een bloedtransfusie die na de ingangsdatum van de verzekering heeft plaatsgevonden;
 - de instantie die de bloedtransfusie heeft uitgevoerd aansprakelijkheid erkent of er een rechterlijk vonnis ligt waartegen geen beroep meer mogelijk is en waaruit die aansprakelijkheid duidelijk blijkt;
 - de besmette verzekerde geen hemofiliepatiënt is.

Deze dekking is niet van kracht in het geval dat er een medische behandeling tegen AIDS dan wel de gevolgen van het HIV-virus gevonden is of indien er een medische behandeling is ontwikkeld die resulteert in het voorkomen van het zich voordoen van AIDS. Infectie die veroorzaakt is op elke andere willekeurige wijze, waaronder infectie ten gevolge van seksuele activiteiten of handelingen of ten gevolge van intraveneus druggebruik, is uitgesloten. De verzekeraar moet indien nodig de beschikking hebben over alle bloedmonsters en moet de mogelijkheid krijgen deze bloedmonsters door een onafhankelijke instantie te laten testen.

Artikel 6 Verplichtingen in geval van schade

Verzekerde is verplicht:

- 6.1 Zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven, alle adviezen van zijn behandelend arts en/of de medisch adviseur van gevolmachtigde op te volgen en al het mogelijke te doen om de schade te beperken.
- 6.2 Iedere door gevolmachtigde aan te wijzen arts te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door gevolmachtigde aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling.
- 6.3 Alle door gevolmachtigde nodig geoordeelde 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 van belang zijn.
- 6.4 Verzekeringnemer is gehouden de onder artikel 6.3 genoemde verplichting, voor zover verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Dekking Echtscheiding

Indien uit de polis blijkt dat deze dekking is meeverzekerd, inzake de dekking Echtscheiding.

Artikel 1 Definities

- 1.1 **Verzekerde:** de persoon die als zodanig op de polis staat vermeld, alsmede zijn of haar echtgenoot of echtgenote op het moment van aangaan van deze verzekering die tezamen in dezelfde woning verblijven.
- 1.2 **Echtscheiding:** De verbreking van het huwelijk gedurende de eerste 60 maanden te rekenen vanaf de ingangsdatum van deze verzekering, aangetoond door een echtscheidingsbeschikking waaruit blijkt dat de beschikking is ingeschreven in de registers van de Burgerlijke Stand.
- 1.3 **Echtgenoot/echtgenote:** degene met wie de persoon die op de polis staat vermeld ten tijde van het aangaan van deze verzekering is getrouwd en in dezelfde woning verblijft.
- 1.4 **Maandelijkse uitkering:** een bedrag gelijk aan het verzekerde maandbedrag, zoals aangegeven op de polis, dat conform artikel 9 lid 2 van de Algemene Voorwaarden maandelijks zal worden uitgekeerd in geval van echtscheiding.
- 1.5 **Huwelijk:** het huwelijk, zoals bedoeld in titel 5 boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, dat ten tijde van het aangaan van de verzekering bestond tussen verzekerde en haar/zijn partner.

Artikel 2 Uitkering

- 2.1 De looptijd van de dekking echtscheiding bedraagt maximaal 60 maanden, na de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld.
- 2.2 Indien binnen de looptijd van de dekking echtscheiding, zoals verwoord in lid 1 van dit artikel, de rechter de echtscheiding door middel van een echtscheidingsbeschikking heeft uitgesproken en deze ingeschreven is in het register van de burgerlijke stand zal gevolmachtigde na een periode van 30 achtereenvolgende dagen, te rekenen vanaf de datum van inschrijving, de maandelijkse uitkering conform artikel 9 lid 2 Algemene Voorwaarden voldoen. Daarna zal de maandelijkse uitkering voldaan worden voor iedere volgende 30 achtereenvolgende dagen dat de echtscheiding voortduurt.
- 2.3 Uitkeringen zullen pas worden gedaan nadat een schademelding en/of vervolgschademelding, aan gevolmachtigde is gedaan conform de voorwaarden van deze verzekering en het recht op uitkering door verzekerde is aangetoond en door de gevolmachtigde is geaccepteerd.
- 2.4 De uitkering aan verzekerde en haar/zijn ex-echtgenoot of echtgenote bedraagt maximaal 12 maandbedragen.
- 2.5 De maandelijkse uitkeringen worden alleen gedaan op verzoek van verzekerde en gelden als voorschot op de totale uitkering waarop de verzekerde en haar/zijn ex-echtgenoot of echtgenote

recht hebben krachtens deze verzekering tot het moment dat de echtscheiding is opgeheven of anderszins niet (meer) wordt voldaan aan de voorwaarden van deze verzekering. Indien verzekerde geen gebruik maakt van de voorschotregeling als hiervoor aangegeven, zal gevolmachtigde namens risicodrager het gehele bedrag waarop verzekerde krachtens deze verzekering recht heeft ineens volledig aan hem of haar voldoen op het moment dat verzekerde niet (meer) voldoet aan alle criteria van deze verzekering dan wel het maximaal totaal uit te keren bedrag is bereikt.

- 2.6 De uitkering in geval van echtscheiding, waarop verzekerde en haar/zijn ex-echtgenoot of echtgenote aanspraak kunnen maken, bedraagt voor alle door hen bij gevolmachtigde ondergebrachte echtscheidingsverzekeringen tezamen maximaal € 2.000,00 per maand.

Artikel 3 Uitsluitingen

Verzekerde heeft geen recht op uitkering:

1. indien hij op het moment van aangaan van deze verzekering reeds van tafel en bed gescheiden leefde;
2. indien de echtscheiding wordt uitgesproken nadat verzekerde veroordeeld is tot een onvoorwaardelijke gevangenisstraf voor het (mede) plegen van of medeplichtig zijn aan een misdrijf. Deze uitsluiting heeft tot gevolg dat het aan de betreffende verzekerde toekomende deel van de maandelijkse uitkering bevrijdend zal worden uitgekeerd aan haar/zijn ex-echtgenoot of echtgenote;
3. indien de inleidende vordering tot echtscheiding of scheiding van tafel en bed voor de ingangsdatum van deze verzekering werd ingediend;
4. indien verzekerde en haar/zijn ex-echtgenoot of echtgenote, nadat de echtscheiding is uitgesproken, gedurende de uitkeringsperiode hun samenleving in welke vorm dan ook hervatten. Eventueel reeds uitgekeerde maandelijkse termijnen worden geacht onverschuldigd te zijn gedaan en zullen door risicodrager worden teruggevorderd.

Artikel 4 Aanvullende verplichtingen

1. Verzekerde dient in geval van echtscheiding zo spoedig mogelijk na inschrijving van de echtscheidingsbeschikking in het register van de Burgerlijke Stand, doch in elk geval binnen 3 maanden dit bij gevolmachtigde te melden. Gevolmachtigde zal verzekerde op verzoek een schadeaanvraagformulier zenden waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Vindt de schademelding op een later tijdstip plaats, dan zal gevolmachtigde de schademelding uitsluitend en alleen in behandeling nemen indien haar belangen door de te late melding niet zijn geschaad.
2. Verzekerde dient bij de schademelding een afschrift van de gerechtelijke echtscheidingsbeschikking alsmede een uittreksel uit het register van de Burgerlijke Stand waaruit blijkt dat deze beschikking is ingeschreven en zij niet langer op het zelfde adres woonachtig zijn, aan de gevolmachtigde te verstrekken.
3. Verzekerde dient de gevolmachtigde terstond op de hoogte te brengen indien hij in welke vorm dan ook de samenleving met zijn ex-echtgeno(o)t(e) heeft hervat of anderszins niet (meer) voldoet aan de voorwaarden van deze verzekering.
4. Deze verzekering geeft geen dekking indien verzekerde één van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de gevolmachtigde en/of risicodrager zijn geschaad. Gevolmachtigde is eerst gehouden tot enige uitkering, indien is vastgesteld dat het recht op uitkering binnen reikwijdte van de verzekeringsvoorwaarden valt.