

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Mij. N.V.

Ziekengeld Standaard Polis (calamiteitendekking)

Polisvoorwaarden

Polismantel 414-03

Wegwijzer

zie hoofdstuk

● Begripsomschrijvingen	1
● Omschrijving van de dekking	2
● Uitsluitingen	3
● Schade	4
● Betaling en terugbetaling van premie	5
● Herziening van tarieven en/of voorwaarden	6
● Wijziging van het risico	7
● Einde van de verzekering	8
● Aanvullende polisbepaling	9
● Nadere omschrijvingen	10
● Slotartikelen	11
● Aanvullende voorwaarden:	
– Verzuimmanagementpakket	12
– Dekking rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht	13

Algemene polisvoorwaarden

Hoofdstuk 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Maatschappij

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

1.2 Verzekeringnemer

De werkgever met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig op het polisblad is vermeld.

1.3 Werknemer

Een ieder die in dienst van de verzekeringnemer op basis van een arbeidsovereenkomst gedurende zekere tijd tegen loon arbeid verricht en in de loonboekhouding voor de afdracht van de loonbelasting staat vermeld. Niet als werknemer wordt beschouwd degene die op grond van de Regeling aanwijzing directeur-groootaandeelhouder, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 248 van 24 december 1997, als directeur-groootaandeelhouder wordt aangemerkt.

1.4 Verzekerd loon

Het op het polisblad omschreven loon waarvoor aan de verzekeringnemer dekking wordt verleend.

1.5 Verzekerde som

Het verzekerd loon, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

1.6 Ziekte

De ongeschiktheid van de werknemer tot het verrichten van arbeid door ziekte of ongeval.

1.7 Loondoorbetalingsplicht

De verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek en hetgeen daaromtrent in de arbeidsovereenkomst is bepaald. Voor de toepassing van deze polis wordt de loondoorbetalingsplicht gedurende de eerste 52 weken van ziekte geacht betrekking te hebben op het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten. Gedurende week 53 tot en met 104 van ziekte wordt de loondoorbetalingsplicht geacht betrekking te hebben op maximaal 70% van het op het polisblad omschreven loon, eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

1.8 Premiepercentage

De op het polisblad vermelde premie per € 100,- verzekerde som.

1.9 Dekkingsperiode

De periode waarover volgens deze verzekering dekking wordt verleend. De dekkingsperiode staat op het polisblad vermeld.

1.10 Eigen behoud

Het op het polisblad vermelde deel van de loondoorbetalingsplicht, uitgedrukt in een percentage van de verzekerde som, dat per verzekeringsjaar voor rekening van de verzekeringnemer blijft.

1.11 Arbodienst

Een gecertificeerde arbodienst als bedoeld in de Arbeidsomstandighedenwet.

1.12 UWV

Het uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen dat conform de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen de werknemersverzekeringen uitvoert.

1.13 REA

Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten.

1.14 Keerpunt

Het reïntegratiebedrijf waarmee de maatschappij samenwerkt.

1.15 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van één van de 6 in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.16 Kwaadwillige besmetting

Het – buiten het kader van één van de 6 in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.17 Preventieve maatregelen

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

1.18 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.15, 1.16 en 1.17 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.19 Verzekeringsovereenkomsten

a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub o van

de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

- b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.20 In Nederland toegelaten verzekeraars

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 2.1 Omvang van de verzekering

De verzekering omvat

2.1.1 Uitkering bij loondoorbetalingsplicht

Een vergoeding voor de loondoorbetalingsplicht indien en voorzover deze in een verzekeringsjaar het eigen behoud te boven gaat.

2.1.2 Verzuimmanagement

Verzuimmanagement zoals is bepaald in de Aanvullende voorwaarden Hoofdstuk 12, Verzuimmanagementpakket.

2.1.3 Rechtsbijstand

Rechtsbijstand indien de verzekeringnemer in zijn hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken ter zake van zijn loondoorbetalingsplicht voor gedekte ziektegevallen, een en ander met inachtneming van hetgeen in de Aanvullende voorwaarden Hoofdstuk 13, Dekking rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht, is bepaald.

Artikel 2.2 Vaststelling van de omvang van de uitkering

- a. De omvang van de uitkering wordt gedurende de dekkingsperiode vastgesteld op het verschil van het totaal van de loondoorbetalingsplicht in een verzekeringsjaar en het eigen behoud.
- b. Bij de berekening van het totaal van de verzekerde loondoorbetalingsplicht wordt per ziektegeval een termijn van maximaal 104 weken in aanmerking genomen. Deze termijn vangt aan op de 1^e ziektedag. Als 1^e ziektedag geldt de dag waarop de werknemer wegens ziekte geen arbeid heeft verricht of zijn arbeid wegens ziekte heeft gestaakt. Indien de 1^e ziektedag valt op een zaterdag of zondag wordt uitgegaan van de maandag als 1^e ziektedag. Bij de berekening van het tijdvak van 104 weken worden voorts perioden van ziekte samengeteld, indien zij elkaar met een

onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen. Bij de vaststelling van de periode van 4 weken blijven perioden waarin zwangerschaps- en bevallingsverlof wordt genoten overeenkomstig de Wet arbeid en zorg buiten beschouwing. Voorts telt een week voor 5 dagen, waarbij de zaterdag en zondag buiten beschouwing blijven. Indien perioden van ziekte worden samengeteld volgens de Ziektewet, dan wordt als 1^e ziektedag beschouwd de dag waarop de werknemer zich voor de 1^e maal heeft ziek gemeld.

- c. Loon dat méér bedraagt dan hetgeen op het polisblad staat vermeld als maximum dekkingsbedrag per werknemer per jaar blijft bij deze berekening buiten beschouwing.
- d. Het loon voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding wordt verminderd met de bedragen die de verzekeringnemer op het doorbetaalde loon mocht inhouden vanwege aan de werknemer toekomende uitkeringen of inkomsten uit arbeid.
- e. Over dagen waarover slechts gedeeltelijk loon is doorbetaald dan wel als er sprake is van gedeeltelijke uitval door ziekte, wordt het loon voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding naar rato vastgesteld.
- f. Bij de berekening van een eventuele schadevergoeding, wordt het deel van het loon dat voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding dat betrekking heeft op dagen waarop (gedeeltelijk) therapeutisch wordt gewerkt, doch in ieder geval na 4 weken te rekenen vanaf de datum van de (gedeeltelijke) werkhervatting, buiten beschouwing gelaten.
- g. De uitkering kan aan een maximum worden gebonden. Indien een maximumuitkering is overeengekomen wordt het maximum, uitgedrukt in eenheden van het eigen behoud, op het polisblad vermeld.
- h. Indien de ziekte het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een ander wettelijk aansprakelijk is en de kosten van loondoorbetaling door de verzekeringnemer op die ander kunnen worden verhaald, bestaat slechts recht op uitkering voorzover het totale bedrag van de verzekerde loondoorbetalingsplicht in één verzekeringsjaar, verminderd met het bedrag dat is verhaald of zou kunnen worden verhaald, het bedrag van het eigen behoud overtreft. In deze situatie wordt het krachtens het regresrecht te verhalen bedrag door de maatschappij uit service als voorschot aan de verzekeringnemer betaald. Nadat van de zijde van SRK Rechtsbijstand de maatschappij is geïnformeerd over het resultaat van de regresactie wordt het reeds verstrekte voorschot met het door SRK Rechtsbijstand verhaalde bedrag verrekend, uiteraard alleen voor dat gedeelte waarover door de maatschappij een voorschotbetaling is verleend. Indien de maatschappij van SRK Rechtsbijstand verneemt dat verhaal niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is gebleken, zal de maatschappij alsnog tot definitieve vaststelling van een eventuele uitkering krachtens deze verzekering overgaan. Eventueel teveel betaalde voorschotten zullen van de verzekeringnemer worden teruggevorderd.

Artikel 2.3 Overlijdensuitkering

Bij de vaststelling van het totaal van de loondoorbetalingsplicht wordt bij overlijden van een werknemer de uitkering aan nagelaten betrekkingen conform de verplichting van de verzekeringnemer, gebaseerd op het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerd loon, gedurende de in het Burgerlijk Wetboek bepaalde periode of, indien bij (collectieve)

arbeidsovereenkomst een langere periode is overeengekomen, gedurende maximaal de periode vanaf de dag van overlijden tot en met de laatste dag van de 2^e maand na die waarin het overlijden plaatsvond, één en ander indien en voorzover het overeengekomen eigen behoud hiermee wordt overschreden.

Artikel 2.4 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.4.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.15 t/m 1.20 gegeven definities en binnen de grenzen van deze voorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

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

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de maatschappij terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de maatschappij terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.4.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten maatschappijen tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in 3 landelijk verschijnende dagbladen.

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

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

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1.20 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door de verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door de verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door de verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste één op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk

Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als één verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Hoofdstuk 3 Uitsluitingen

Deze verzekering biedt geen dekking voor de loondoorbetalingsplicht:

3.1 Atoom/molest

Bij ziekte hetzij direct, hetzij indirect veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties en molest, zoals vermeld in Hoofdstuk 10, Nadere omschrijvingen.

3.2 Opzet/grove schuld

Bij ziekte veroorzaakt door opzet of grove schuld van de verzekeringnemer en/of bij ziekte veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

3.3 Fraude

Indien de verzekeringnemer met betrekking tot de ziekte van zijn werknemer en/of de loondoorbetaling opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet.

3.4 Aanspraken uit Ziektewet

Indien aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering krachtens de Ziektewet of de overlijdensuitkering op grond van de Ziektewet.

3.5 Aanspraken uit de Wet arbeid en zorg

- a. Indien krachtens de Wet arbeid en zorg recht bestaat op een uitkering in verband met zwangerschap en bevalling.
- b. Gedurende de periode van verlof uit hoofde van de Wet arbeid en zorg.

3.6 Verlengde loondoorbetaling

Indien de loondoorbetalingsplicht van de verzekeringnemer is verlengd omdat niet is voldaan aan enige uit de Wet verbetering poortwachter voortvloeiende verplichting.

3.7 Situationele arbeidsongeschiktheid

In het geval dat de werknemer niet bereid is de overeengekomen arbeid te verrichten, waartoe hij door de arboarts in staat wordt geacht, dan wel indien de verzekeringnemer de werknemer niet in staat stelt de overeengekomen arbeid te verrichten.

3.8 Leeftijd

Vanaf de 1^e dag van de maand waarin de werknemer de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

3.9 Detentie

Gedurende de periode dat de werknemer gedurende ten minste één maand rechtens van zijn vrijheid is beroofd.

3.10 Faillissement e.d.

Op en na de dag waarop de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger in staat van faillissement is verklaard, indien de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op de verzekeringnemer van toepassing is, de bedrijfsactiviteiten feitelijk zijn gestaakt, of indien de verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren dat deze niet meer zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen in het kader van loondoorbetalingsplicht bij

arbeidsongeschiktheid, zoals omschreven in artikel 629 Burgerlijk Wetboek.

3.11 Te late melding

- a. Voor ziekte-dagen gelegen vóór de datum van ziekmelding bij de arbodienst, indien die melding niet binnen de termijn conform artikel 4.1 lid c heeft plaatsgevonden.
- b. Over perioden waarover de verzekeringnemer gehouden is tot loondoorbetaling vanwege een te late melding bij het UWV.

Hoofdstuk 4 Schade

Artikel 4.1 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer dient op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis aan de hierna genoemde verplichtingen te voldoen:

- a. Zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 90 dagen na afloop van ieder verzekeringsjaar, de maatschappij opgave te verstrekken – door middel van het door de maatschappij voorgeschreven formulier – van het totaal verzekerd loon dat op grond van de verzekerde loondoorbetalingsplicht over het afgelopen verzekeringsjaar is uitbetaald, hieronder niet begrepen aanspraken uit wettelijke maatregelen. Tevens dienen verhaalsmogelijkheden te worden aangegeven. Ten behoeve van de berekening van de omvang van de eventuele schadevergoeding dient daarbij een bewijs van het over de periode van ziekte betaalde loon te worden gevoegd.
- b. Eens per kalenderkwartaal een opgave van de arbodienst te verstrekken overeenkomstig een door de maatschappij vastgesteld model waaruit de omvang van de arbeidsongeschiktheid en de duur van de ziekte per werknemer valt op te maken. In plaats van vorenvermelde opgave kan de verzekeringnemer ook de arbodienst machtigen de verlangde gegevens rechtstreeks aan de maatschappij te verstrekken.
- c. Een adequaat controle- en verzuimbeleid te voeren, hetgeen de volgende verplichtingen omvat:
 - iedere zieke medewerker uiterlijk op de 7^e dag van ziekte bij de arbodienst te melden
 - bij toe- of afname van arbeidsongeschiktheid van de zieke werknemer de arbodienst hiervan binnen 2 dagen op de hoogte te brengen.Bij te verwachten langdurig verzuim conform wet en regelgeving:
 - zo tijdig mogelijk maatregelen te treffen om de werknemer in staat te stellen te reïntegreren in eigen dan wel andere passende arbeid
 - tijdig een plan van aanpak op te stellen en hieraan uitvoering te geven
 - een reïntegratiedossier aan te leggen en bij te houden
 - periodiek de voortgang van de reïntegratieactiviteiten met de werknemer te evalueren
 - tijdig een reïntegratieverslag op te stellen ten behoeve van de WAO aanvraag
 - de maatschappij desgevraagd op de hoogte te stellen van de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak.
- d. Met de arbodienst overeen te komen dat de dienstverlening minimaal omvat dat:

- registratie van verzuimgegevens en verstrekking van de verzuimgegevens aan de maatschappij plaatsvindt
 - de werknemer uiterlijk in de 3^e week na de 1^e ziekte-dag het spreekuur van de arbodienst bezoekt. Dit bezoek mag worden vervangen door een telefonische controle, zogenaamde eigen verklaring of bezoek van een controleur.
 - uiterlijk binnen 4 weken na de 1^e ziekte-dag medische controle plaatsvindt
 - tussen 4 en 6 weken zowel de werkgever als de werknemer worden geïnformeerd over hun uit de Wet verbetering poortwachter voortvloeiende rechten en plichten
 - uiterlijk 6 weken na de 1^e ziekte-dag een probleemanalyse wordt opgesteld, waarin wordt geadviseerd welke maatregelen kunnen worden getroffen ter bespoediging van herstel en werkhervatting.
- e. De verzekeringnemer dient tijdig een risico-inventarisatie en –evaluatie (RI&E) op te (laten) stellen. Indien de maatschappij dit verlangt, zal de verzekeringnemer de maatschappij inzage geven in het contract met de arbodienst en in de op grond van de Arbeidsomstandighedenwet opgestelde risico-inventarisatie- en evaluatie.
 - f. De aanwijzingen van de maatschappij stipt op te volgen.
 - g. Zijn volle medewerking aan alle controles te geven, waaronder een onderzoek door een arbeidsdeskundige van de maatschappij, en zich te onthouden van alles wat de belangen van de maatschappij zou kunnen schaden.
 - h. Bij ziekte, ontstaan als gevolg van een onrechtmatige daad van een wettelijk aansprakelijke derde, onmiddellijk de benodigde actie voor het instellen van verhaal te ondernemen.

Artikel 4.2 Betaling

De uitbetaling van de uitkering geschiedt telkens na afloop van ieder verzekeringsjaar, zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle noodzakelijke gegevens.

Artikel 4.3 Vervaltermijn

Indien de maatschappij een (aanbod van) betaling heeft gedaan bij wijze van finale afdoening of een aanspraak op vergoeding definitief heeft afgewezen, kan de verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen één jaar nadat hij hiervan op de hoogte is gesteld. Na dit jaar vervalt dit recht ter zake van die schade.

Artikel 4.4 Uitkeringsprotocol NHT

- a. Op de herverzekering van de maatschappij bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeringsmaatschappij dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de maatschappij te doen.
- b. De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd

om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens maatschappij, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

- c. Eerst nadat de NHT aan de maatschappij heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in lid a bedoelde uitkering terzake tegenover de maatschappij aanspraak maken.
- d. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen 2 jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit artikel wordt beschouwd.

Hoofdstuk 5 Premie

Artikel 5.1 Betaling

De verzekeringnemer dient de premie uiterlijk binnen 30 dagen na de premievervaldag aan de maatschappij te voldoen.

De verzekering is niet van kracht voor de loondoorbetalingsplicht:

- a. na de premievervaldag indien de hierboven vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en kosten zijn betaald
- b. indien de verzekeringnemer weigert de premie en kosten te voldoen.

Nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig.

De verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen.

De verzekering wordt weer van kracht voor de loondoorbetalingsplicht na de dag, waarop de premie en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen.

Indien met de maatschappij premiebetaling in termijnen is overeengekomen, wordt de verzekering weer van kracht voor de loondoorbetalingsplicht na de dag, waarop alle onbetaald gebleven premies over de reeds verstreken termijnen, inclusief kosten, door de maatschappij zijn ontvangen.

Artikel 5.2 Terugbetaling

Bij het eindigen van de verzekering heeft de verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de periode waarvoor de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten. Terugbetaling van premie vindt niet plaats ingeval van beëindiging wegens fusie of overname op verzoek van de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger.

Artikel 5.3 Premievaststelling en naverrekening

- a. De op het polisblad vermelde premie is een voorschotpremie. Bij de aanvang van de verzekering

wordt de voorschotpremie gebaseerd op de gegevens die de verzekeringnemer voorafgaand aan de ingangsdatum heeft verstrekt. Aan het begin van ieder verzekeringsjaar zal de voorschotpremie voor dat jaar worden berekend aan de hand van de verzekerde som over het afgelopen verzekeringsjaar. Zolang geen nieuwe voorschotpremie is vastgesteld dient de verzekeringnemer bij prolongatie de voorschotpremie van het afgelopen verzekeringsjaar te betalen, die zal worden verrekend met de nieuwe voorschotpremie zodra deze is vastgesteld.

- b. Na ontvangst van de in artikel 5.4 bedoelde opgave wordt de definitieve premie over het voorafgaande verzekeringsjaar vastgesteld aan de hand van de feitelijke verzekerde som over dat jaar en verrekend met de in dat verzekeringsjaar betaalde voorschotpremie.

Artikel 5.4 Jaarlijkse bijstelling van het premiepercentage

Het op het polisblad vermelde premiepercentage alsmede het eigen behoud kunnen jaarlijks worden bijgesteld, mede op basis van de gerealiseerde verzuimcijfers over de afgelopen 3 kalenderjaren en de samenstelling van het personeelsbestand.

De verzekeringnemer is verplicht zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 90 dagen na het verstrijken van het verzekeringsjaar een opgave te verstrekken van:

- a. het totale bedrag van het verzekerd loon over het afgelopen verzekeringsjaar, alsmede een nadere specificatie daarvan door middel van overlegging van de (verzamel)loonstaat
- b. de samenstelling van het personeelsbestand aan het begin van het nieuwe verzekeringsjaar alsmede een raming van het verzekerd loon voor het lopende kalenderjaar.

De verzekeringnemer is verplicht desverlangd de hierboven bedoelde verklaring te laten controleren door een registeraccountant of accountant administratieconsulent en de uitslag daarvan aan de maatschappij toe te zenden.

De verzekering is niet van kracht voor de loondoorbetalingsplicht in het nieuwe verzekeringsjaar indien de hierboven vermelde termijn van 90 dagen is verstreken zonder dat de verlangde gegevens zijn verstrekt. In dat geval wordt tevens de behandeling van eventueel lopende schades opgeschort. De verzekering wordt weer van kracht de dag nadat alle benodigde gegevens door de maatschappij zijn ontvangen.

Als de jaarlijkse bijstelling ertoe leidt dat de som van het premiepercentage en het eigen behoud ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar met méér dan 25% toeneemt, heeft de verzekeringnemer het recht een dergelijke verhoging te weigeren.

Wenst de verzekeringnemer van dit recht gebruik te maken, dan dient hij de maatschappij daarvan binnen één maand na de aangekondigde bijstelling van het premiepercentage en het eigen behoud, schriftelijk kennis te geven. De verzekering eindigt dan op de 1^e dag van de 2^e maand na ontvangst van deze kennisgeving door de maatschappij en wordt gedurende de resterende looptijd van de verzekering, vanaf 1 januari van het lopende kalenderjaar, voortgezet tegen 125% van de som van het laatst geldende premiepercentage en het eigen behoud.

Hoofdstuk 6 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 6.1 Herziening

Indien de maatschappij haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van deze soort herziet, heeft zij het recht deze verzekering aan die nieuwe tarieven en/of voorwaarden aan te passen.

De maatschappij kondigt deze aanpassing vooraf aan.

Artikel 6.2 Recht van weigering

De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van dekking, tenzij:

- de wijziging van de premie voortvloeit uit publiekrechtelijke regelingen of bepalingen
- de wijziging van de premie voortvloeit uit een jaarlijkse premie-aanpassing als bedoeld in artikel 5.4, tenzij de verhoging het vooraf overeengekomen maximumpercentage overschrijdt.

Indien de verzekeringnemer van dit recht gebruikmaakt, moet hij de maatschappij daarvan, vóór het einde van een termijn van één maand na de aangekondigde datum van aanpassing, schriftelijk kennis geven.

De desbetreffende verzekering eindigt dan op de aangekondigde datum van aanpassing, of op het tijdstip van weigering indien de weigering na die datum plaatsvindt.

Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van dit recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

Hoofdstuk 7 Wijziging van het risico

Artikel 7.1 Risicowijziging

De verzekeringnemer is op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis verplicht zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen een termijn van 2 maanden, de maatschappij schriftelijk ervan in kennis te stellen zodra één van de hierna genoemde omstandigheden zich voordoet of zal gaan voordoen:

- Risicowijzigingen binnen het bedrijf of de bedrijfstak van de verzekeringnemer die van wezenlijke invloed kunnen zijn op het gemiddelde ziekteverzuim.
- Wijzigingen in de omvang van het personeel als gevolg van een fusie of overname.
- Het verkeren in staat van faillissement, indien de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op de verzekeringnemer van toepassing is, de bedrijfsactiviteiten feitelijk zijn gestaakt, of indien de verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren dat deze niet meer zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen in het kader van loondoorbetalingsplicht bij arbeidsongeschiktheid, zoals omschreven in artikel 629 Burgerlijk Wetboek.
- Het aantal werknemers daalt beneden de 25.

Artikel 7.2 Voortzetting na risicowijziging

- De verzekering wordt op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voortgezet, tenzij de maatschappij binnen 2 maanden na ontvangst van de kennisgeving van de risicowijziging aan de verzekeringnemer bericht gebruik te maken van haar recht de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voort te zetten.
- De verzekering eindigt dan één maand na de mededeling hiervan door de maatschappij. In het geval van tussentijdse beëindiging wordt het eigen behoud naar rato vastgesteld en vindt vergoeding van de loondoorbetaling uitsluitend plaats over de verzekerde periode.

Zolang de verzekering niet is geëindigd, alsmede zolang voortzetting niet is overeengekomen, blijft deze ongewijzigd van kracht.

Artikel 7.3 Opschorting na risicowijziging

- Verzuimt de verzekeringnemer tijdig aan de maatschappij kennis te geven van de risicowijziging, dan wordt onmiddellijk na het verstrijken van de daarin genoemde termijn van 2 maanden de dekking opgeschort, tenzij deze ook na kennisgeving op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde of lagere premie zou zijn voortgezet. De verzekeringnemer blijft ook in geval van opschorting verplicht de premie en kosten te voldoen. Indien de maatschappij de verzekering zou hebben voortgezet op andere voorwaarden en/of tegen een hogere premie, dan wordt de dekking hiervoor van kracht onmiddellijk nadat partijen voortzetting op nieuwe voorwaarden en/of tegen gewijzigde premie zijn overeengekomen.
- Voor ziekte tijdens de periode dat de dekking is opgeschort, zal, op voorwaarde dat voortzetting alsnog is overeengekomen, worden gehandeld alsof de dekking volgens de nieuwe voorwaarden reeds ten tijde van de ziekte van kracht was; de eventuele uitkering zal echter worden berekend in dezelfde verhouding als de voor de opschorting geldende premie staat tot de na de aanpassing geldende premie als die hoger is.

Het in dit hoofdstuk bepaalde kan niet tot verlenging van de verzekering of tot beperking van de mogelijkheid tot beëindiging uit andere hoofde leiden.

Hoofdstuk 8 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt zoals hieronder nader is bepaald:

Artikel 8.1 Algemene opzegging

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde periode en wordt telkens voor de op het polisblad vermelde periode stilzwijgend verlengd, tenzij de verzekeringnemer of de maatschappij de verzekering heeft opgezegd. De opzegging dient schriftelijk te geschieden met inachtneming van een termijn van ten minste 2 maanden.

Artikel 8.2 Opzegging door de verzekeringnemer

8.2.1 Weigering aanpassing premiepercentage en eigen behoud

Door weigering door de verzekeringnemer van een verhoging van de som van het premiepercentage en het eigen behoud van méér dan 25% ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar conform het bepaalde in artikel 5.4.

8.2.2 Beëindiging na fusie of bedrijfsovername

Indien de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger te kennen heeft gegeven de verzekering na fusie of bedrijfsovername niet te willen voortzetten. In dit geval dient de fusie of bedrijfsovername te worden aangetoond met schriftelijke bewijsstukken waaruit de plaatsgevonden fusie of bedrijfsovername blijkt.

8.2.3 Weigering aanpassing tarieven / voorwaarden

Door weigering door de verzekeringnemer aanpassing aan nieuwe tarieven en/of voorwaarden te aanvaarden, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk 6, Herziening van tarieven en/of voorwaarden.

Artikel 8.3 Opzegging door de maatschappij

8.3.1 Risicowijziging

Bij gebruikmaking door de maatschappij van het recht de verzekering na risicowijziging niet voort te zetten, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk 7, Wijziging van het risico.

8.3.2 Fraude

Bij opzegging van de verzekering door de maatschappij indien de verzekeringnemer met betrekking tot ziekte van zijn werknemer opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware/onjuiste opgave doet, mits de opzegging schriftelijk geschiedt en daarbij een termijn van ten minste 2 weken in acht wordt genomen.

8.3.3 Niet betalen van de premie

Indien de verzekeringnemer in gebreke blijft de premie te voldoen op het moment dat de (voorschot)premie verschuldigd werd.

8.3.4 Achterwege blijven gegevensverstrekking

Gedurende de periode dat de verzekering geen dekking biedt wegens het achterwege blijven van de gegevensverstrekking als bedoeld in artikel 5.4. De maatschappij is dan bevoegd de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 8.4 Andere wijze van beëindiging

8.4.1 Einde verzekerd belang

Zodra het belang voor de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan door bedrijfsbeëindiging. De verzekering eindigt in dat geval per de datum van de bedrijfsbeëindiging. Hiertoe dient een bewijs van uitschrijving door de Kamer van Koophandel te worden overgelegd.

8.4.2 Faillissement

Ingeval van faillissement vindt per de datum van faillissement beëindiging van de verzekering plaats.

8.4.3 Blijvend zonder personeel

Zodra het belang voor de verzekeringnemer heeft

opgehouden te bestaan omdat het bedrijf niet langer werknemers in dienst heeft. In dat geval eindigt de verzekering per de datum van ontslag van de laatste werknemer. Hiertoe dient een bewijs van afmelding bij het UWV te worden overgelegd.

8.4.4 Tijdelijk zonder personeel

Ingeval de verzekeringnemer tijdelijk geen werknemers in dienst heeft, kan de verzekering worden opgeschort voor een periode van maximaal 6 maanden, zonder dat tussentijds recht ontstaat op teruggaaf van reeds betaalde voorschotpremie. Worden binnen 6 maanden opnieuw werknemers aangenomen, dan wordt de dekking in kracht hersteld.

Hoofdstuk 9 Aanvullende polisbepaling

9.1 Grondslag van de verzekering

De door of namens de verzekeringnemer aan de maatschappij verstrekte informatie alsmede de gegevens zoals die blijken uit het offerteaanvraagformulier, vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Indien de verstrekte informatie en gegevens in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede ingeval van verzwijging als bedoeld in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel, heeft de maatschappij het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de vernietigbaarheid van de polis te beroepen.

Hoofdstuk 10 Nadere omschrijvingen

Atoomkernreacties

- a. Hieronder te verstaan atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.
- b. De uitsluiting terzake van atoomkernreacties geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
- c. Voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, is het onder lid b vermelde niet van toepassing.

Molest

Onder molest wordt verstaan een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie.

De maatschappij dient te bewijzen, dat de schade direct veroorzaakt is door of ontstaan is uit een van de in de vorige alinea genoemde oorzaken.

Noot.- De 6 genoemde vormen van molest, alsmede 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 gedeponereerd.

Hoofdstuk 11 Slotartikelen

Artikel 11.1 Verwerking persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door de maatschappij verwerkt:

- ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten
- voor het uitvoeren van marketingactiviteiten
- ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen
- voor statistische analyse
- en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

11.2 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

11.3 Klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze overeenkomst kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan de directie van Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

Wanneer het oordeel van de maatschappij niet bevredigend is, kan de verzekeringnemer zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag (telefoon 070-3338999).

Wanneer de verzekeringnemer geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend is, kan het geschil worden voorgelegd aan een hiertoe bevoegde rechter.

Aanvullende voorwaarden

Hoofdstuk 12 Verzuimmanagementpakket

De maatschappij biedt voor ziektegevallen aan de verzekeringnemer en diens werknemer via Keerpunt ondersteuning bij reïntegratie:

- waarvoor uit hoofde van de ziekteverzekering dekking bestaat, en/of
- indien de werknemer recht heeft op een persoonsgebonden budget.

Deze ondersteuning bestaat uit de volgende onderdelen:

12.1 Informatie en advies

De verzekeringnemer en diens werknemer kunnen bij Keerpunt kosteloos informatie en advies verkrijgen met betrekking tot vragen die verband houden met verzuimbeheersing en reïntegratie, gedurende maximaal 30 minuten per vraagstelling.

12.2 Opstellen Plan van Aanpak

De verzekeringnemer en diens werknemer kunnen voor ondersteuning bij het opstellen van het Plan van Aanpak een beroep doen op Keerpunt.

12.3 Uitvoering Plan van Aanpak

- a. De verzekeringnemer en diens werknemer kunnen voor de uitvoering van het Plan van Aanpak een beroep doen op Keerpunt. De uitvoering van het Plan van Aanpak door Keerpunt omvat het selecteren en contracteren van de juiste dienstverleners voor de uitvoering van de in het Plan van Aanpak opgenomen interventies, eventuele bemiddeling bij wachtlijstproblemen en bemiddeling bij het krijgen van financiële vergoeding uit hoofde van wettelijke subsidieregelingen en private verzekeringen. De hieraan verbonden kosten komen voor rekening van de maatschappij, mits – zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 6 maanden na de 1^e ziektedag – Keerpunt wordt ingeschakeld voor de uitvoering van het opgestelde plan van aanpak.
- b. Keerpunt kan de uitvoering van het Plan van Aanpak weigeren indien naar het oordeel van Keerpunt geen wezenlijke bijdrage wordt geleverd aan vermindering van de verzuimduur.

12.4 Bijdragen in kosten interventies

Indien een in het Plan van Aanpak opgenomen interventie een wezenlijke bijdrage levert aan bekorting van de verzuimduur kan aan de verzekeringnemer een vergoeding worden toegekend voor de kosten daarvan. Dat geldt ook voor interventies die gericht zijn op plaatsing bij een andere werkgever. De hoogte van de vergoeding wordt afgestemd op de te verwachten besparing voor de maatschappij en de mogelijke bijdragen uit wettelijke subsidieregelingen of andere private verzekeringen van de verzekeringnemer dan wel diens werknemer. De vergoeding dient bij Keerpunt te worden aangevraagd voordat de interventie heeft plaatsgevonden.

12.5 Borgstelling en voorschotverlening subsidie voor reïntegratie-activiteiten op grond van de Wet REA

- a. De verzekeringnemer kan Keerpunt verzoeken contact met de maatschappij op te nemen voor het verkrijgen van een voorschot op de aangevraagde subsidie voor reïntegratie-activiteiten op grond van artikel 16 van de Wet REA, indien sprake is van een urgente interventie en de financiering van de kosten voor de verzekeringnemer op onoverkomelijke bezwaren stuit. De bedoelde subsidie wordt door het UWV verstrekt voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing binnen het eigen bedrijf.
- b. Verleende voorschotten worden verrekend met de verzekeringnemer zodra de beslissing omtrent de financiële tegemoetkoming op grond van de Wet REA door het UWV is genomen.
- c. In die gevallen waarin toekenning van een subsidie voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing binnen het eigen bedrijf op grond van artikel 16 van de Wet REA voor een interventie naar het oordeel van Keerpunt in redelijkheid is te verwachten, kan Keerpunt namens de maatschappij borg staan voor de betaling van de te verwachten subsidie of van een deel daarvan. Indien het UWV geen subsidie toekent, zal in dat geval door Keerpunt het begrote bedrag worden verstrekt ten laste van de maatschappij.
- d. Voorschotverlening zoals bedoeld in lid a van dit artikel en/of borgstelling als bedoeld in lid c van dit artikel vindt niet plaats ten aanzien van subsidie voor reïntegratie-activiteiten gericht op plaatsing buiten het eigen bedrijf op grond van artikel 15 van de Wet REA.

Hoofdstuk 13 Dekking rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht

Artikel 13.1 Overdracht SRK : SRK Rechtsbijstand

De maatschappij heeft de uitvoering van deze rechtsbijstanddekking overgedragen aan: SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingkantoor voor Rechtsbijstandverzekering), bezoekadres: Europaweg 151, Zoetermeer postadres: Postbus 3020, 2700 LA Zoetermeer telefoon: 079-3448181 fax: 079-3427990

De maatschappij garandeert nakoming door het SRK van de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen.

Artikel 13.2 Begripsomschrijvingen

- a. Rechtens bevoegde deskundige: een terzake kundige, die krachtens toepasselijke regels inzake procesbevoegdheid in de gerechtelijke procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.
- b. Expert: een erkende deskundige op het gebied van bijvoorbeeld auto, medische-, technische-expertise en andere gebieden, die ter ondersteuning van een zaak rapport uitbrengt.
- c. Mediator: een bemiddelaar bij conflictoplossing die aangesloten is bij het Nederlands Mediation Instituut (NMI).

Artikel 13.3 Gebeurtenis en behoefte aan rechtsbijstand

- a. Onder gebeurtenis wordt verstaan het voorval dat aanleiding is voor een juridisch geschil waardoor voor de verzekeringnemer behoefte aan rechtsbijstand ontstaat. Een juridisch geschil wordt geacht te zijn ontstaan op het moment dat voor het eerst een belangentegenstelling met de wederpartij bestaat.
- b. Indien sprake is van met elkaar samenhangende gebeurtenissen, is het tijdstip van de 1^e gebeurtenis in die reeks bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.
- c. De gebeurtenis en de daaruit voortvloeiende behoefte aan rechtsbijstand moet zich hebben voorgedaan gedurende de looptijd van de verzekering en buiten de wachttermijn voorzover deze van toepassing is.
- d. Er kunnen geen rechten aan de verzekering worden ontleend indien de verzekeringnemer een gebeurtenis aanmeldt:
 - die bij het tot stand komen van de verzekering te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest
 - méér dan 12 maanden na het plaatsvinden daarvan, doch nooit meer dan 6 maanden na beëindiging van de verzekering.
- e. Indien ter zake van een gebeurtenis geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend, zijn ook de hieruit voortvloeiende en/of daarmee samenhangende juridische geschillen uitgesloten van dekking.

Artikel 13.4 Omvang van de dekking

13.4.1 Omschrijving van de dekking

Gedekt is het verlenen van rechtsbijstand indien de

verzekeringnemer in hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken terzake loondoorbetalingsplicht in de zin van deze polis. Beperkt het geschil tussen de verzekeringnemer en werknemer zich niet tot de hier bedoelde loondoorbetalingsplicht dan heeft de verzekeringnemer alleen recht op de onder artikel 13.4.2 genoemde juridische adviesbijstand.

13.4.2 Juridische adviezen

Het SRK verstrekt desgevraagd eenmalig juridisch advies aan de verzekeringnemer voor juridische geschillen tussen de verzekeringnemer en een werknemer over het ziekteverzuim van de werknemer en/of het recht op loondoorbetaling. Dit advies betreft het beoordelen van de juridische positie van de verzekeringnemer en de mogelijke oplossing van het geschil op basis van de door hem schriftelijk verstrekte gegevens.

13.4.3 Kosten van rechtsbijstand

- a. De kosten verbonden aan het geven van juridisch advies en behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.
- b. Voor de te maken externe kosten als genoemd onder artikel 13.4.4 geldt een dekkingssom van maximaal € 5.000,- per gebeurtenis.

13.4.4 Vergoed worden:

- a. de honoraria en de verschotten van de overeenkomstig deze voorwaarden ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige en expert
- b. de kosten van de overeenkomstig deze voorwaarden ingeschakelde mediator, echter alleen voor wat betreft het aandeel daarin, voorzover dit niet meer bedraagt dan 50% van de totale kosten, van de verzekeringnemer
- c. de proces- en gerechtskosten, de kosten van arbitrage of de kosten van bindend advies; hieronder zijn niet begrepen afkoopsommen, boetes en andere bij wijze van straf opgelegde maatregelen
- d. de kosten van getuigen in een gerechtelijke procedure en administratieve procedure voorzover door een rechter toegewezen
- e. de proceskosten van de tegenpartij, waaronder de buitengerechtelijke kosten begrepen, waartoe de verzekeringnemer in een onherroepelijk vonnis is veroordeeld
- f. de redelijke kosten die verbonden zijn aan de ten uitvoerlegging van een vonnis, gedurende maximaal 5 jaar na de datum waarop het vonnis is gewezen.

Indien de verzekeringnemer de BTW kan verrekenen met de door hem verschuldigde BTW-afdrachten, komt die BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking

Artikel 13.5 Onderlinge geschillen/ Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beiden aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand, zal het SRK hiervan mededeling doen aan beide verzekerden.

In dat geval heeft verzekerde het recht zijn belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, zoals geregeld in artikel 13.8 lid d van deze voorwaarden, te laten behartigen.

Artikel 13.6 Uitsluitingen

Het SRK is niet tot het verlenen van rechtsbijstand verplicht, indien de verzekeringnemer:

- a. handelt in strijd met de polisvoorwaarden en daardoor de belangen van de maatschappij en/of het SRK schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake, als de zaak zo laat is aangemeld, dat het SRK niet meer in staat is zelf de rechtsbijstand te verlenen of dit alleen maar met extra inspanning of met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen doen.
- b. zonder toestemming van het SRK een advocaat, andere rechtens bevoegde deskundige, mediator of een expert inschakelt
- c. bij een beroep op deze polis een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden
- d. rechten kan ontnemen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand, het geven van juridische adviezen of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand en de verzekeringnemer die andere verzekering reeds heeft ingeschakeld.

Artikel 13.7 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van de verzekeringnemer

- a. Indien een gebeurtenis plaatsvindt waarbij de verzekeringnemer rechten aan deze voorwaarden wil ontnemen, is hij verplicht de gebeurtenis zo spoedig mogelijk te melden bij het SRK onder vermelding van alle gegevens, alle feiten en alle omstandigheden die tot de gebeurtenis hebben geleid. Dit teneinde het SRK in een zo vroeg mogelijk stadium in staat te stellen de noodzakelijke rechtsbijstand te verlenen.
- b. De verzekeringnemer die een beroep op deze voorwaarden doet, verleent alle medewerking die gevraagd wordt door het SRK of de door het SRK ingeschakelde externe deskundigen.
- c. De verzekeringnemer is verplicht het SRK op de hoogte te (blijven) houden van nieuwe ontwikkelingen in de zaak en volle medewerking te (blijven) verlenen bij de uitvoering van de polis.
- d. Door de gebeurtenis aan te melden machtigt de verzekeringnemer het SRK, onder uitsluiting van ieder ander, tot het – zowel in als buiten rechte – behartigen van zijn belangen.

Artikel 13.8 Verlenen van rechtsbijstand

- a. Het SRK behandelt de aangemelde zaken door de eigen medewerkers, waaronder mede begrepen advocaten die in dienstbetrekking staan tot het SRK. Het SRK zal daarbij altijd, voorzover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne nastreven.
- b. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden zal het SRK, voorzover mogelijk zelf, de rechtsbijstand verlenen.
- c. Het SRK zal de rechtsbijstand (blijven) verlenen voorzover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien succes in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd meedelen aan de verzekeringnemer.
- d. Indien ingevolge de polisvoorwaarden of naar de mening van het SRK een zaak aan een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige buiten het SRK uitbesteed moet worden, zal de verzekeringnemer worden bijgestaan door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van eigen keuze die in overleg met het SRK moet worden aangesteld. Alleen

het SRK heeft de bevoegdheid om namens de verzekeringnemer de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te geven. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of aldaar rechtens zijn toegelaten.

- e. Indien het SRK van mening is dat het financieel belang van de verzekeringnemer de te maken kosten niet rechtvaardigt, is het SRK gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, de verzekeringnemer een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang. De rechten die ter zake deze gebeurtenis voor de verzekeringnemer voortvloeien uit deze voorwaarden, komen na de betaling van het bedrag te vervallen (afkoop).

Artikel 13.9 Geschillen over de behandeling door het SRK

13.9.1 Gedragslijn bij verschil van mening tussen SRK en de verzekeringnemer over de regeling van het geschil waarvoor een beroep op deze verzekering is gedaan.

De verzekeringnemer kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat ingevolge artikel 13.8 lid a van deze voorwaarden geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak. De verzekeringnemer dient in dat geval in een brief aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij het niet eens is met het SRK.

De geschillenregeling omvat het volgende:

- a. Het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat, voorzover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is. De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekeringnemer.
- b. De verzekeringnemer heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze. Indien de verzekeringnemer geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met de verzekeringnemer welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen.
- c. Het SRK draagt de zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen.
- d. Het uitgebrachte advies is voor het SRK bindend.
- e. Het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies.
- f. Deelt de advocaat de mening van de verzekeringnemer, dan kan het SRK de zaak volgens het uitgebrachte advies verder behandelen. Behandelt het SRK verder niet zelf, dan heeft de verzekeringnemer de vrije keuze wie de zaak verder volgens het uitgebrachte advies zal behandelen. De in het kader van deze geschillenregeling ingeschakelde advocaat of een kantoorgenoot van hem mag de zaak verder niet behandelen. Het SRK verstrekt voor de verdere behandeling schriftelijk opdracht.
- g. Deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan de verzekeringnemer de zaak tot zich trekken en op eigen

kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak – die de verzekeringnemer verplicht is binnen één maand nadat uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden – blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 13.4.3 en 13.4.4 van deze voorwaarden, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden.

- h.** De verzekeringnemer kan geen beroep doen op de geschillenregeling als met goedkeuring van de verzekeringnemer door het SRK reeds een advocaat, voorzover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, of andere rechtens bevoegde deskundige, is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak of een advocaat reeds een advies in het kader van de geschillenregeling voor het geschil heeft uitgebracht.

13.9.2 Gedragslijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking.

- a.** De verzekeringnemer kan een rechtsvordering tegen de het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze verzekering te ontlenen.
- b.** Indien de rechter de verzekeringnemer in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 13.4.3 en 13.4.4 van deze voorwaarden vergoeden.

Artikel 13.10 Vervaltermijn

Alle vorderingen, die een verzekeringnemer wegens het niet verlenen van rechtsbijstand of het geven van adviezen tegen het SRK geldend wenst te maken, vervallen na één jaar, te rekenen vanaf de dag, waarop de verzekeringnemer van de weigering kennis kreeg.

Artikel 13.11 Adres

Na aanmelding van een zaak bij het SRK dient de verzekeringnemer zorg te dragen dat zijn juiste adres steeds bij het SRK bekend is.

Artikel 13.12 Verwerking persoonsgegevens

Na melding van een rechtsbijstandzaak worden de persoonsgegevens door SRK Rechtsbijstand verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de rechtsbijstandovereenkomst en/of juridische dienstverlening. Op deze verwerking door SRK Rechtsbijstand is de gedragscode van de brancheorganisatie van toepassing.

Artikel 13.13 Klachten

Klachten over het SRK kunnen schriftelijk worden ingediend bij:

SRK-klachtenbureau
Postbus 3020
2700 LA ZOETERMEER

Het SRK-klachtenbureau bestaat uit een aantal klachtfunctionarissen. Een klachtfunctionaris heeft tot taak de klacht te onderzoeken en af te laten handelen. Hij probeert zo snel mogelijk met de klager in contact te treden en stuurt binnen één week daarna een schriftelijke

bevestiging van wat er is besproken, waaronder wie de klacht verder afhandelt en wanneer klager een inhoudelijke reactie krijgt.

Samenvatting Protocol afwikkeling claims van de NHT

Op verzoek zal de volledige tekst van het Protocol, inclusief toelichting, kosteloos door Nationale-Nederlanden worden toegezonden.

De Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (verder te noemen NHT) kent een maximaal uit te keren bedrag per jaar. Deze uitkeringscapaciteit, waarvan de hoogte van jaar tot jaar kan verschillen, is voor 2003 vastgesteld op 1 miljard euro. In het 'Protocol afwikkeling claims' van de NHT wordt bepaald hoe deze maximum uitkeringscapaciteit voor de gevolgen van terrorisme wordt verdeeld over de gedupeerden. **De bepalingen in het Protocol zijn dus ook voor u van belang.** Dit document is een samenvatting van het 'Protocol afwikkeling claims' van de NHT. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Samenvatting procedure

Onder schadegeval wordt verstaan iedere 'verwezenlijking van het terrorisme' waardoor recht op uitkering bij gedupeerden kan ontstaan. Wat onder terrorisme wordt verstaan, kunt u lezen in deze polisvoorwaarden. Met schade door terrorisme wordt zowel daadwerkelijke schade aan personen en goederen bedoeld, als overig recht op uitkering, zoals bijvoorbeeld na overlijden.

Als u een claim indient die is veroorzaakt door terrorisme, dan geldt de volgende procedure:

- U meldt de claim – net als altijd – zo snel mogelijk bij uw verzekeraar.
- Uw verzekeraar zorgt ervoor dat alle binnenkomende meldingen bij de NHT worden ingediend.

De NHT verzamelt alle claims en bepaalt zo spoedig mogelijk na de ontvangst of er inderdaad sprake is van een terroristische daad zoals gedefinieerd in deze polisvoorwaarden.

Terrorisme van welk jaar?

Omdat de NHT per jaar een maximumbedrag beschikbaar heeft voor uitkeringen ten gevolge van terrorisme, is het belangrijk dat wordt vastgesteld in welk jaar de terroristische daad heeft plaatsgevonden.

Als het zeker of waarschijnlijk is dat de terroristische daad in jaar X heeft plaatsgevonden dan wordt de terroristische daad aan jaar X toegerekend.

Er kan sprake zijn van een reeks van terroristische daden die met elkaar samenhangen, maar in verschillende jaren zijn gepleegd. In dat geval wordt de terroristische daad toegerekend aan het jaar waarin de 1^e daad van de reeks is gepleegd. Een reeks eindigt in ieder geval als er meer dan 6 maanden tussen de daden liggen.

Vaststelling uitkeringspercentage en vergoeding

Bij de NHT worden de bedragen van alle bekende en verwachte claims bij elkaar opgeteld. Op basis hiervan zal de NHT een begroting opstellen en bekend maken of het maximaal beschikbare bedrag voldoende is om de claims volledig uit te keren. Het kan zijn dat de NHT verwacht dat de omvang van het totaal aantal claims hoger zal uitvallen dan de maximum uitkeringscapaciteit. In dat geval stelt de NHT een (voorlopig) uitkeringspercentage vast. Dit percentage is gelijk voor alle gedupeerden.

De NHT kan ook beslissen om alle claims meteen te vergoeden.

NB: Betaling aan u als verzekerde geschiedt door uw eigen verzekeraar(s). U heeft zelf géén contact met de NHT.

Definitieve afwikkeling van claims

Er bestaan enkele termijnen waar de NHT zich aan zal houden:

- Zo spoedig mogelijk nadat is vastgesteld dat het om een terroristische daad gaat, stelt de NHT de 1^e begroting vast. Op basis van deze begroting wordt een eerste uitkeringspercentage vastgesteld.
- Daarna volgt telkens uiterlijk na 6 maanden een volgende begroting met eventueel een nieuw uitkeringspercentage.
- Uiterlijk 2 jaar na de 1^e begroting bepaalt de NHT het definitieve uitkeringspercentage.

Een nieuwe begroting kan leiden tot een hoger uitkeringspercentage. Dan zal nabetaling plaatsvinden voor alle op dat moment bekende claims. Als een nieuwe begroting leidt tot een lager uitkeringspercentage, dan wordt van de gedane uitkeringen echter niets teruggevorderd. Het nieuwe percentage geldt dan alleen voor die claims die pas zijn aangemeld na het bekendmaken van het voorafgaande percentage.

Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te Den Haag gedeponneerd onder nummer 27178761, en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003.