

Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Polisvoorwaarden

Voorwaardenblad 442-02

Wegwijzer

zie artikel

Begripsomschrijvingen	1, 2	Herziening van tarieven en/of voorwaarden	15
Omschrijving van de dekking		Wijziging van het risico	
● Algemeen	3, 4	● Verplichtingen	16
● Begrip Arbeidsongeschiktheid	5	Einde van de verzekering	17
● Bijzonderheden in de dekking	6	Extra dekkingen	
● Begrenzing van de dekking	7	● Uitbreiding AOV-dekking	18 t/m 22
Schade		● Ongevallendekking	23 t/m 30
● Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid	8	● Rechtsbijstanddekking	31 t/m 40
● Vaststelling, omvang, betaling en einde van de uitkeringen	9 t/m 12	Slotbepaling	41
● Vervaltermijn	13		
Betaling en terugbetaling van premie	14		

Hoofdstuk 1 Begripsomschrijvingen

Artikel 1 Begrippen

1.1. Maatschappij

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., statutair gevestigd te Den Haag.

1.2. Verzekeringnemer

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

1.3. Verzekerde

Degene bij wiens arbeidsongeschiktheid uitkering wordt verleend, voorzover daarop krachtens de overeengekomen voorwaarden recht bestaat.

Artikel 2 Afkortingen

WAZ: Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen

WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 3 Omvang van de dekking

3.1. De bepalingen van deze verzekering zijn van toepassing indien en voorzover verzekerde wegens arbeidsongeschiktheid geen recht kan doen gelden op toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ, daaronder mede begrepen het geval dat hij wegens toegenomen arbeidsongeschiktheid voor wat de toename betreft eerst na 52 weken recht kan doen gelden op toekenning van een verhoogde uitkering krachtens deze wet.

3.2. Indien verzekerde nimmer recht op toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de WAZ kan doen gelden of indien deze uitkering door de uitvoeringsorganen wordt geweigerd, dan eindigt het recht op uitkering op grond van deze verzekering, zodra verzekerde een aaneengesloten periode van 365 dagen arbeidsongeschikt is geweest, waarbij perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken, worden samengeteld. Bij de vaststelling van de periode van 365 dagen respectievelijk 4 weken blijven perioden, waarin een zwangerschaps- en bevallingsuitkering overeenkomstig de Wet arbeid en zorg wordt genoten, buiten beschouwing.

Artikel 4 Grondslag van de verzekering

De door verzekeringnemer en verzekerde aan de maatschappij verstrekte opgaven en gedane verklaringen onder meer in het aanvraagformulier, de gezondheidsverklaring(en) en keuringsrapport(en) vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Ingeval voornoemde opgaven en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging als bedoeld in artikel 251 Wetboek van Koophandel, heeft de maatschappij het recht zich overeenkomstig dit wetsartikel op de vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen.

Artikel 5 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. Hierbij wordt uitgegaan van de beroepsbezigheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd waarbij tevens rekening wordt gehouden met mogelijkheden voor aanpassing in werk en werkomstandigheden en de daarmee verband houdende taakverschuiving binnen het eigen beroep/bedrijf.

Indien verzekerde als gevolg van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis ophoudt zijn bedrijf/beroep uit te oefenen en in gezamenlijk overleg met de maatschappij begeleiding naar een ander beroep aanvaardt, zal de mate van arbeidsongeschiktheid – eveneens in onderling overleg – worden vastgesteld naar de bezigheden die bij het nieuwe beroep horen. Deze vaststelling zal plaatsvinden vanaf het moment waarop verzekerde deze bezigheden daadwerkelijk uitvoert.

Indien verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een ander beroep gaat uitoefenen, dan zal dit beroep, indien voor de maatschappij acceptabel, opgenomen worden op de polis. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal naar dit nieuwe beroep plaatsvinden.

Artikel 6 Eigenrisicotermijn

De eigenrisicotermijn is de periode, waarover verzekerde geen recht heeft op een uitkering krachtens deze verzekering. Deze termijn gaat in op de dag volgend op die waarop door een bevoegd arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.

De eigenrisicotermijn wordt slechts éénmaal in aanmerking genomen voor perioden van arbeidsongeschiktheid, die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken.

Begrenzing van de dekking

Artikel 7 Uitsluitingen

7.1. Geen uitkering wordt krachtens deze verzekering verleend voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd:

7.1.1. door opzet of grove schuld van verzekerde of van een bij de uitkering belanghebbende;

7.1.2. door overmatig gebruik van alcohol c.q. gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;

7.1.3. door ongevallen mogelijk geworden door het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank. Van het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank is, in de zin van deze polis, in ieder geval sprake indien het bloed-alcoholgehalte op het moment van het ongeval 0,8 o/oo of hoger was dan wel indien het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was;

7.1.4. door ongevallen verzekerde beneden de leeftijd van 23 jaar overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer, dan wel indien daarvoor een kentekenbewijs is voorgeschreven;

7.1.5. hetzij direct, het indirect door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de

definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponereerd onder nummer 136/1981;

7.1.6. door, dan wel verband houdend met, atoomkernreacties onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting 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 (voorzover 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.

7.2. Geen recht op uitkering bestaat gedurende de periode waarin verzekerde gedetineerd is in een gevangenis of soortgelijke instelling.

7.3. Geen recht op uitkering bestaat indien verzekerde met betrekking tot het melden en/of behandelen van deze schade opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet.

Hoofdstuk 3 Schade

Artikel 8 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

8.1. De verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid:

8.1.1. zich direct onder behandeling van een arts te stellen, al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;

8.1.2. zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen de eigenrisicotermijn en indien deze termijn langer is dan 3 maanden, binnen 3 maanden aan de maatschappij mededeling te doen van zijn arbeidsongeschiktheid op het daarvoor bestemde aangifteformulier;

8.1.3. zich op verzoek van de maatschappij te laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te doen opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij.

8.1.4. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan door haar aangewezen deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of de uitkering van belang zijn;

8.1.5. de maatschappij terstond op de hoogte te brengen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel;

8.1.6. vooraf overleg te plegen met de maatschappij bij vertrek naar het buitenland voor langer dan 2 maanden;

8.1.7. zich na het intreden van de arbeidsongeschiktheid te onthouden van alle handelingen waardoor de belangen van de maatschappij worden geschaad.

8.2. De verzekeringnemer is gehouden onder 8.1.2., 8.1.4., 8.1.5. en 8.1.6. genoemde verplichtingen, voorzover verzekerde daaraan niet heeft voldaan of niet heeft kunnen voldoen, na te komen voorzover dat in zijn vermogen ligt.

8.3. Geen recht op uitkering bestaat, indien verzekerde of verzekeringnemer één van deze verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad.

8.4. Elk recht op schadevergoeding vervalt, indien verzekerde of verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt, of heeft laten verstrekken.

8.5. Indien aanmelding van een omstandigheid waaruit voor de maatschappij een verplichting tot schadevergoeding kan voortvloeien, niet plaatsvindt binnen 3 jaar na het ontstaan van de omstandigheid vervalt elk recht op schadevergoeding hiervoor.

Artikel 9 Vaststelling van de uitkering

Zolang verzekerde arbeidsongeschiktheid is zullen de mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarover deze zal gelden, worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van gegevens van door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens zo spoedig mogelijk na ontvangst daarvan aan verzekeringnemer mededeling worden gedaan.

Indien verzekeringnemer niet binnen 30 dagen zijn bezwaar heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van de maatschappij te aanvaarden.

Artikel 10 Omvang van de uitkering

10.1. Terzake van arbeidsongeschiktheid is verzekerde een van dag tot dag rechtgevendende periodieke uitkering, die per dag – bij volledige arbeidsongeschiktheid – 1/365 gedeelte van de verzekerde jaarrente bedraagt.

10.2. De uitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid van:

25 – 35%:	30% van de verzekerde jaarrente;
35 – 45%:	40% van de verzekerde jaarrente;
45 – 55%:	50% van de verzekerde jaarrente;
55 – 65%:	60% van de verzekerde jaarrente;
65 – 80%:	75% van de verzekerde jaarrente;
80 – 100%:	100% van de verzekerde jaarrente.

Met inachtneming van het bepaalde in artikel 3.1. wordt bij toeneming van de arbeidsongeschiktheid uitgekeerd een percentage gelijk aan het verschil tussen het uitkeringspercentage volgens bovenstaande tabel horende bij de nieuwe graad van arbeidsongeschiktheid en dat horende bij de oorspronkelijke graad van arbeidsongeschiktheid.

Artikel 11 Betaling van de uitkering

De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigd geworden termijnen geschiedt telkens na één maand, met dien verstande, dat bij beëindiging van de arbeidsongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden zo spoedig mogelijk na de dag, waarop die beëindiging aan de maatschappij is bekend geworden, respectievelijk door haar aan verzekeringnemer is mee gedeeld.

Artikel 12 Einde van de uitkering

De uitkering eindigt:

12.1. per de dag waarop verzekerde niet meer tenminste 25% arbeidsongeschikt is;

12.2. per de eerste dag van de eerste maand volgend op de maand waarin verzekerde de overeengekomen eindleeftijd heeft bereikt;

12.3. in geval van overlijden van verzekerde: per de eerste dag van de derde maand, volgend op de maand van overlijden.

Indien verzekerde tevens verzekeringnemer was, geschieden de uitkeringen na overlijden aan de echtgeno(o)t(e) van verzekerde dan wel aan de partner van verzekerde indien hij daarmee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van verzekerde;

12.4. per de dag waarop verzekeringnemer de verzekering beëindigt.

Artikel 13 Vervaltermijn

Heeft de maatschappij een (aanbod van) betaling gedaan bij wijze van finale afdoening of een schade definitief afgewezen, dan kan verzekeringnemer dit standpunt aanvechten binnen één jaar nadat hij hiervan op de hoogte is gesteld. Na dit jaar vervalt ieder recht ten opzichte van de maatschappij terzake van die periode van arbeidsongeschiktheid dan wel die gebeurtenis.

Hoofdstuk 4 Betaling en terugbetaling van premie

Artikel 14

14.1. Betaling

Verzekeringnemer dient de premie en kosten vooruit te betalen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd worden. De verzekering is niet van kracht voor ongevallen die plaatsvinden en voor arbeidsongeschiktheid die is ontstaan of aan het licht getreden of toegenomen (verder te noemen: omstandigheden):

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

Nadere ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen.

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

14.2. Terugbetaling

Bij beëindiging van de verzekering heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de periode waarvoor de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten.

Hoofdstuk 5 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 15

15.1. 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. Voor die verzekeringen waarop een uitkering wordt gedaan, zal de herziening van de premie plaatsvinden op de door de maatschappij vastgestelde datum; de herziening van de voorwaarden zal echter pas van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.

De maatschappij zal die aanpassing vooraf aankondigen.

15.2. Recht van weigering

Verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren indien de aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking, tenzij deze wijzigingen voortvloeien uit een wettelijke regeling of bepaling.

Indien verzekeringnemer van dit recht gebruik wenst te maken, dient hij de maatschappij daarvan, voor het einde van een termijn van 30 dagen na de aangekondigde datum van aanpassing, schriftelijk kennis te geven.

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

15.3. Voortzetting van de verzekering

Heeft verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van zijn in 15.2. bedoelde 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 6 Wijziging van het risico

Artikel 16 Verplichtingen bij risicowijziging

Verzekeringnemer, respectievelijk verzekerde, is verplicht de maatschappij op straffe van verlies van het recht op uitkering de maatschappij terstond schriftelijk kennis te geven, wanneer:

16.1.1. verzekerde zijn beroep, als op het polisblad vermeld, wijzigt of de daaraan verbonden bezigheden een verandering ondergaan. Indien verzuimd is hiervan kennis te geven, blijft het recht op uitkering bestaan, als naar het oordeel van de maatschappij de hiervoor bedoelde risicowijziging

- geen risicoverzwarende inhoudt,
- wel risicoverzwarende inhoudt, doch dit slechts leidt tot toepassing van bijzondere voorwaarden en/of premieverhoging, in welk geval uitkering plaats zal vinden met inachtneming van die bijzondere voorwaarden en in verhouding van de in de polis vastgestelde premie tot de nieuwe premie.

16.1.2. Als de risicowijziging van dien aard is, dat de maatschappij de verzekering niet zou hebben voortgezet indien zij van de ware stand van zaken kennis had gedragen, bestaat er geen recht op uitkering;

16.2. verzekerde voor langer dan 2 maanden naar het buitenland vertrekt;

16.3. verzekerde, anders dan tengevolge van arbeidsongeschiktheid, geheel of gedeeltelijk heeft opgehouden een beroep uit te oefenen;

16.4. verzekerde na het ingaan van deze verzekering verplicht verzekerd wordt ingevolge de WAO (schriftelijk bewijs, b.v. werkgeversverklaring, dient overgelegd te worden);

16.5. verzekerde onder een regeling als bedoeld in de 'Wet betreffende de verplichte deelneming in een Beroepspensioenregeling' of een soortgelijke regeling terzake van derving van arbeidsinkomsten komt te vallen.

De maatschappij heeft het recht in genoemde gevallen andere voorwaarden te stellen, de premie te wijzigen of de verzekerde jaarrente te verlagen, dan wel de verzekering te beëindigen. Indien verzekeringnemer met de verhoging van de premie en/of ongunstiger polisvoorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht binnen één maand na ontvangst van de kennisgeving hiervan de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal alsdan worden beëindigd per de datum waarop de maatschappij de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.

Hoofdstuk 7 Einde van de verzekering

Artikel 17 Einde van de verzekering

Onverminderd het elders in deze voorwaarden omtrent opzegging en beëindiging van de verzekering bepaalde, eindigt de verzekering:

17.1. door opzegging door verzekeringnemer tegen het einde van de op het polisblad genoemde verzekeringstermijn, mits de opzegging schriftelijk aan de maatschappij geschiedt, een termijn van tenminste 2 maanden in acht wordt genomen en de opzegging niet vóór genoemde einddatum wordt herroepen.

17.2. zodra de overeengekomen eindleeftijd is bereikt;

17.3. op de datum van overlijden van verzekerde;

17.4. zodra verzekerde met betrekking tot de melding en/of behandeling van een schade opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet en de maatschappij op grond hiervan de verzekering opzegt;

17.5. op een door de maatschappij te bepalen tijdstip, indien verzekeringnemer ondanks herhaalde pogingen in gebreke blijft de premie te voldoen.

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van de maatschappij.

Hoofdstuk 8 Extra dekkingen

Artikel 18 Optie met betrekking tot verhoging verzekerde jaarrente

Verzekeringnemer heeft het recht (hierna te noemen 'optierecht') op de hoofdpremievervaldag 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens telkens na 3 jaar de op dat moment verzekerde jaarrente tegen de dan

geldende tarieven en voorwaarden, maar zonder gezondheidswaarborgen, te verhogen met maximaal 15%.

Voor deze verhogingen gelden de volgende voorwaarden.

18.1. De verzekerde jaarrente mag in combinatie met enige andere voorziening terzake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid niet meer bedragen dan 80% van het jaarinkomen.

Onder jaarinkomen wordt verstaan de inkomsten van verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de Inkomstenbelasting.

18.2. De verzekerde jaarrente bedraagt maximaal € 90.756,- gelijkblijvend en € 68.067,- klimmend.

18.3. Op de desbetreffende optiedatum dient verzekerde:

18.3.1. nog niet de leeftijd van 50 jaar te hebben bereikt;

18.3.2. gedurende de 60 dagen onmiddellijk hieraan voorafgaand niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest, noch een ongeval met als gevolg blijvend letsel te hebben gehad en gedurende deze tijd niet enigerlei uitkering terzake van inkomstenderving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid te hebben ontvangen.

18.4. Een maand voor de optiedatum vraagt de maatschappij aan verzekeringnemer of en zo ja, op welke wijze hij van het optierecht gebruik wenst te maken. Verzekeringnemer dient zijn standpunt hieromtrent binnen 1 maand na de optiedatum schriftelijk aan de maatschappij kenbaar te hebben gemaakt.

Artikel 19 Zwangerschapsuitkering

Verzekerden die langer dan 2 jaar bij de maatschappij verzekerd zijn, voor wie een eigenrisicotermijn geldt van ten hoogste 91 dagen en tenminste 6 maanden zwanger zijn, kunnen aanspraak maken op een zwangerschapsuitkering. De maximale uitkeringsduur bedraagt 112 dagen, waarop in mindering wordt gebracht de overeengekomen eigenrisicotermijn. Het recht op deze uitkering bedraagt 100% van de verzekerde jaarrente gedurende een periode die aanvangt 28 dagen vóór de uitgerekende bevallingsdatum en eindigt 84 dagen nadat deze 28 dagen zijn verstreken, met dien verstande dat de uitkering eerst aanvangt na verloop van de overeengekomen eigenrisicotermijn. Bij de vaststelling van de hoogte van de zwangerschapsuitkering worden verhogingen van de verzekerde jaarrente buiten beschouwing gelaten, tenzij een termijn van tenminste 2 jaar is verlopen na het van kracht worden van het bedrag van de verhoogde rente.

Wanneer de werkelijke bevallingsdatum meer dan 28 dagen voor de uitgerekende bevallingsdatum ligt, vangt de periode voor deze uitkering 28 dagen vóór de werkelijke bevallingsdatum aan. Teneinde voor het recht op uitkering in aanmerking te kunnen komen dient verzekerde in de periode van 90 dagen vóór de uitgerekende bevallingsdatum en de daadwerkelijke bevallingsdatum een schriftelijke verklaring te overleggen van de huisarts, verloskundige of gynaecoloog, waaruit deze bevallingsdatum blijkt.

Indien in de periode waarin recht ontstaat op een zwangerschapsuitkering eveneens aanspraak bestaat op een uitkering krachtens het bepaalde in artikel 5 van de polisvoorwaarden, dan zal gedurende deze periode ten hoogste recht bestaan op 100% van de verzekerde jaarrente.

Artikel 20 Uitkering bij overlijden gezinslid

Ingeval van overlijden van de tot het gezin van de verzekerde behorende

- echtgeno(o)t(e) of partner;
- minderjarige kinderen, geadopteerde kinderen, pleeg- en/of stiefkinderen

wordt een uitkering verleend van 7/365 maal de verzekerde jaarrente.

Artikel 21 Uitkering bij gezinsuitbreiding.

Ingeval van gezinsuitbreiding door geboorte van een eigen kind van verzekerde of door adoptie wordt per kind een uitkering verleend van 7/365 maal de verzekerde jaarrente.

Artikel 22 Periodiek geneeskundig onderzoek

Verzekerd zijn de kosten van een periodiek geneeskundig onderzoek.

Na afloop van een aaneensluitende periode van 3 jaar na de ingangsdatum van de verzekering en vervolgens telkens na 3 jaar heeft verzekerde het recht zich op kosten van de maatschappij aan een algemeen geneeskundig onderzoek te onderwerpen.

Voor dit onderzoek zal de maatschappij een coupon ter beschikking stellen, zodra er recht op een periodiek onderzoek is verkregen.

Het resultaat van het onderzoek zal niet aan de maatschappij bekend worden gemaakt.

Hoofdstuk 9 Ongevallendekking

Artikel 23 Kapitaaluitkering bij overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een bedrag uitgekeerd ter grootte van de op het moment van overlijden verzekerde jaarrente.

Een uitkering wegens blijvende invaliditeit terzake van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering.

Artikel 24 Kapitaaluitkering bij blijvende invaliditeit

Ingeval van blijvende invaliditeit van verzekerde, als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt een uitkering verleend die overeenkomstig het vermelde in artikel 26 wordt vastgesteld op een percentage van een kapitaal ter grootte van tweemaal op het moment van het ongeval verzekerde jaarrente.

24.1. Als verzekerde vóór de vaststelling van het uitkeringspercentage – anders dan door een ongeval – overlijdt, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van invaliditeit, indien verzekerde niet zou zijn overleden.

24.2. De uitkering bij blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een stabiele toestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen 2 jaar na de ongevalsdatum, tenzij tussen verzekeringnemer en de maatschappij anders wordt overeengekomen.

Artikel 25 Begrip ongeval

Onder een ongeval krachtens deze verzekering wordt verstaan een plotseling, onverwacht en van buitenaf op het lichaam van verzekerde rechtstreeks inwerkend geweld waaruit in een ogenblik een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Ook wordt onder ongeval verstaan:

25.1. acute vergiftiging ten gevolge van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;

25.2. besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mensen, dieren of zaken;

25.3. het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen;

25.4. verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte;

25.5. uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;

25.6. wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;

25.7. complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.

Artikel 26 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

26.1. De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld is afhankelijk van het gegeven welk lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

26.2. Bij volledig (functie-)verlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van de in artikel 24 bedoelde verzekerde som uitgekeerd:

het gezichtsvermogen van beide ogen	: 100%
het gezichtsvermogen van een oog	: 30%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog	: 70%
het gehoor van beide oren	: 60%
het gehoor van een oor	: 25%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens gehele doofheid aan het andere oor	: 35%
een arm (incl. onderarm, hand en vingers)	: 75%

een hand (incl. vingers)	: 60%
een duim	: 25%
een wijsvinger	: 15%
een middelvinger	: 12%
een ringvinger	: 10%
een pink	: 10%
een been (incl. onderbeen, voet en tenen)	: 70%
een voet (incl. tenen)	: 50%
een grote teen	: 5%
een andere teen	: 3%
de milt	: 5%
de smaak en reuk samen	: 10%
een nier	: 10%

26.3. Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie-)verlies van één of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen wordt een evenredig deel uitgekeerd.

26.4. Bij volledig (functie-)verlies van meer dan één vinger van de hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand.

26.5. Indien er sprake is van een whiplashsyndroom en/of postcommotioneel syndroom wordt maximaal 5% van de in artikel 24 bedoelde verzekerde som uitgekeerd.

26.6. De bepaling van het percentage (functie-)verlies geschiedt door middel van een medisch onderzoek in Nederland volgens objectieve maatstaven (beroepsbezigheden buiten beschouwing latend) en wel overeenkomstig de op het moment van de vaststelling van het (functie-)verlies laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A.), en/of aangevuld met de richtlijnen van Nederlandse Specialistenverenigingen. De bepaling van het percentage oogheelkundig (functie-)verlies geschiedt niet overeenkomstig de genoemde Guides, maar wel naar Nederlandse maatstaven en begrippen.

26.7. In gevallen die niet vallen onder artikel 26.2. en 26.5. wordt uitgekeerd het percentage van de verzekerde som dat gelijk is aan:

26.7.1. de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert of

26.7.2. de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen. Is verzekerde beter geschikt een ander hem in redelijkheid op te dragen passend beroep uit te oefenen, dan heeft de maatschappij het recht voor de mate van blijvende ongeschiktheid van dat hem passend beroep uit te gaan. Het hoogste van de twee volgens artikel 26.7.1. en artikel 26.7.2. vastgestelde bedragen wordt uitgekeerd.

26.8.1. De bepaling van de mate van blijvend functieverlies zoals bedoeld bij artikel 26.7.1. geschiedt zoals aangegeven bij artikel 26.6.

26.8.2. De bepaling van de mate van blijvende ongeschiktheid zoals bedoeld bij artikel 26.7.2. geschiedt in Nederland door middel van medisch onderzoek en zonodig onderzoek door andere deskundigen.

26.9. Invloed van kunst- en hulpmiddelen

Bij de bepaling van de mate van functieverlies (artikel 26.6. en artikel 26.8.1.) en blijvende ongeschiktheid (artikel 26.8.2.) wordt uitgegaan van de situatie zonder uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen, doch – indien geplaatst – met inwendige kunst- of hulpmiddelen.

26.10. Maximum uitkering

Voor blijvende invaliditeit ontstaan door één ongeval wordt nooit meer dan 100% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uitgekeerd.

Artikel 27 Uitsluitingen bij een ongeval

Naast de uitsluitingen zoals beschreven in artikel 7 waarbij voor 'arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd door' dient te worden gelezen 'ongevallen' gelden de volgende uitsluitingen:

De maatschappij is niet tot enige uitkering verplicht ter zake van:

27.1. ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende;

27.2. ongevallen verband houdende met het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;

27.3. ongevallen ten gevolge van 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 poging zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

27.4. psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;

27.5. ongevallen waarbij de maatschappij op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;

27.6. ongevallen waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;

27.7. ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), peesschedeontsteking (tendovaginitis), spierversrekking, niet-totale spier/peesverscheuring, periartitis humeroscapularis, tennisarm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis);

27.8. het binnendringen van ziektekiemen, bijvoorbeeld de verwekkers van malaria, in een insectenbeet of -steek;

27.9. de gevolgen van een door verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder de polis gedekt ongeval, dat deze behandeling noodzakelijk maakte;

27.10. ongevallen die verband houden met het gebruikmaken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier;

27.11. ongevallen die het gevolg zijn van het
– maken van bergtochten over gletsjers, tenzij onder leiding van een erkende gids;
– klettern;

- deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en (brom)fietsen, indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
- beoefenen van sport als nevenberoep.

Artikel 28 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

28.1. Als de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen die het ongeval gehad zou hebben indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn geweest, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een vroeger ongeval waarvoor de maatschappij reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken. Het onder 28.1. bepaalde laat het onder 28.2. bepaalde onverminderd van kracht.

28.2. Voorzover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd wordt hiervoor door de maatschappij geen uitkering verleend.

Artikel 29 Begunstiging

29.1. Ingeval van overlijden van verzekerde als gevolg van een ongeval zal de uitkering geschieden aan diens echtgeno(o)t(e) dan wel aan diens partner indien hij daarmee duurzaam samenwoonde en bij ontbreken van deze aan de erfgenamen van verzekerde.

29.2. In alle overige gevallen geschiedt de uitkering aan verzekeringnemer.

29.3. De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 30 Verplichtingen bij een ongeval

Naast de verplichtingen zoals beschreven in artikel 8, gelden de volgende verplichtingen:

30.1. Termijn van aanmelding

30.1.1. Ingeval van overlijden is verzekeringnemer of begunstigde verplicht de maatschappij tenminste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie hiervan in kennis te stellen.

30.1.2. Ingeval van blijvende invaliditeit is verzekeringnemer verplicht de maatschappij, zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen 3 maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits wordt aangetoond dat de maatschappij bij tijdige aanmelding tot uitkering verplicht zou zijn geweest.

30.2. Verplichting van de begunstigde(n) in geval van overlijden

Ingeval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval is/zijn de begunstigde(n) verplicht desgevraagd zijn/hun medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

30.3. Sanctiebepaling

De verzekering geeft geen dekking, indien verzekeringnemer, of in geval van overlijden de

begunstigde(n), de in artikel 30.1.1. en 30.2. genoemde verplichtingen niet is/zijn nagekomen.

Hoofdstuk 10 Rechtsbijstanddekking

Artikel 31 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
telefax : 079-3427990.

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

Artikel 32 Begrippen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

32.1. Gebeurtenis

Het feitelijke voorval of de reeks met elkaar verband houdende voorvallen die leiden tot een concreet te definiëren juridisch geschil waarbij verzekerde is betrokken en dat bij het tot stand komen van deze verzekering niet te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest; indien er sprake is van een reeks met elkaar verband houdende voorvallen, is het tijdstip van het eerste voorval in die reeks bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.

32.2. Rechtens bevoegde deskundige

Een terzake kundige die, krachtens toepasselijke regels inzake procesbevoegdheid, in de gerechtelijke procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.

Artikel 33 Omvang van de dekking

Omschrijving van de dekking

33.1. Gedekt is het verhalen van de op geld waardeerbare gevolgen van schade ten gevolge van een ongeval op een derde, die in verband met het veroorzaken van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 5 jegens verzekerde uitsluitend op grond van een onrechtmatige daad tot schadevergoeding is verplicht.

33.2. Kosten van rechtsbijstand

33.2.1. De kosten verbonden aan behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.

33.2.2. Voor te maken externe kosten als genoemd onder 33.3., geldt een dekkingssom van maximaal € 6.807,- per gebeurtenis.

33.3. Vergoed worden:

33.3.1. de honoraria en de verschotten van de conform deze voorwaarden ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige(n) en expert(s);

33.3.2. 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;
33.3.3. de kosten van getuigen in een gerechtelijke procedure;
Indien verzekerde de BTW kan verrekenen met de door hem verschuldigde BTW-afdrachten, komt de BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 34 Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beide 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 37.4. van deze voorwaarden, te laten behartigen.

Artikel 35 Uitsluitingen

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

35.1. verzekerde 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 slechts met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen verlenen;

35.2. bij de gebeurtenis een motorrijtuig of een (lucht) vaartuig is betrokken dat een verzekerde in eigendom heeft, bezit, houdt, bestuurt of gebruikt;

35.3. de gebeurtenis betreft, voortvloeit uit of verband houdt met een sociale verzekeringskwestie, ook niet als onderdeel van de dekking als omschreven in artikel 33.1.;

35.4. de schade (mede) uit overeenkomst voortvloeit;

35.5. de wettelijk aansprakelijke derde zijn domicilie heeft buiten de Europese Unie;

35.6. de wettelijk aansprakelijke derde insolvabel is;

35.7. verzekerde 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;

35.8. verzekerde rechten kan ontlenen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand.

Artikel 36 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van verzekerde

36.1. Indien een gebeurtenis plaatsvindt waarbij verzekerde rechten aan deze voorwaarden wil ontlenen, is hij verplicht de gebeurtenis zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 6 weken nadat de gebeurtenis zich heeft voorgedaan, 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.

36.2. Verzekerde die een beroep op deze voorwaarden doet, verleent alle medewerking die gevraagd wordt door het SRK of de door het SRK ingeschakelde externe deskundigen.

36.3. De verzekerde 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.

36.4. Door de gebeurtenis aan te melden machtigt verzekerde het SRK, onder uitsluiting van ieder ander, tot het – zowel in als buiten rechte – behartigen van zijn belangen.

Artikel 37 Verlenen van rechtsbijstand

37.1. Het SRK zal rechtsbijstand (blijven) verlenen voorzover er 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 verzekerde.

37.2. Het SRK behandelt de aangemelde zaken in principe zelf. Te allen tijde zal, voorzover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne worden nagestreefd.

37.3. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden, zal het SRK, voorzover mogelijk, zelf de rechtsbijstand verlenen.

37.4. Indien het SRK niet zelf de rechtsbijstand kan verlenen, zal verzekerde 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 bevoegdheid om namens verzekerde 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.

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

Artikel 38 Geschillenregeling

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

Verzekerde kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat ingevolge artikel 38.1. 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. Verzekerde 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:

38.1.1. het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat juridisch 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 verzekerde;

38.1.2. verzekerde heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze. Indien verzekerde geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met verzekerde welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen;

38.1.3. het SRK draagt zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen;

38.1.4. het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies;

38.1.5. deelt de advocaat de mening van verzekerde, dan kan het SRK de advocaat opdracht geven de behandeling van de zaak voort te zetten. Het SRK verstrekt de advocaat daartoe schriftelijk goedkeuring;

38.1.6. deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan verzekerde de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak – die verzekerde verplicht is binnen een 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 artikel 33.2. en 33.3. 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;

38.1.7. verzekerde kan geen beroep doen op de geschillenregeling als na overleg met verzekerde door het SRK reeds een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak.

38.2. Gedraglijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking

38.2.1. Verzekerde kan een rechtsvordering tegen de maatschappij/het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze verzekering te ontfemen.

38.2.2. Indien de rechter verzekerde in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in artikel 33.2. en 33.3. van deze voorwaarden, vergoeden.

Artikel 39 Vervaltermijn

Alle vorderingen, die een verzekerde 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 verzekerde van de weigering kennis kreeg.

Artikel 40 Adres

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

Hoofdstuk 11 Slotbepaling

Artikel 41 Overdracht van rechten

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

N.B. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.

Klachten naar aanleiding van deze verzekering kunnen schriftelijk worden ingediend bij de maatschappij en/of bij de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen Postbus 93560, 2509 AN Den Haag