Algemene Voorwaarden MAOV A&N-V35 2011-1 Collectieve verzekering van arbeidsongeschiktheidspensioenen voor advocaten en notarissen

Elips Life
www.elips-life.nl

Inhoud

Artikel 1 Definities 3

Artikel 2 Algemeen 5

Artikel 3 Mededelingsplicht en gevolgen 5

Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van arbeidsongeschiktheidsrisico's 6

Artikel 5 Aanvang van het risico en duur van de dekking 8

Artikel 6 Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie 9

Artikel 7 Premiebetaling 10

Artikel 8 Opgaven en inlichtingen 11

Artikel 9 Verschillen in de afrekening 12

Artikel 10 Risicowijzigingen 12

Artikel 11 Uitsluitingen 13

Artikel 12 Terrorismerisico 14

Artikel 13 Aanmelding van schade 14

Artikel 14 Schade-erkenning 14

Artikel 15 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid 15

Artikel 16 Uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen 16

Artikel 17 Vergoeding van de kosten van re-integratie 17

Artikel 18 Samenloop 17

Artikel 19 Regres 17

Artikel 20 Duur van de overeenkomst 18

Artikel 21 Uitkering na beëindiging van de overeenkomst (uitloop) 18

Artikel 22 Herziening tarieven en voorwaarden 18

Artikel 23 Valuta en het van toepassing zijnde recht 19

Artikel 24 Bescherming van persoonsgegevens 19

Artikel 25 Geschillen 20

Artikel 26 Klachten 20

Voor de leesbaarheid wordt in deze voorwaarden gesproken over "de deelnemer", "hij", "zijn" en "hem", alwaar een mannelijke of vrouwelijke deelnemer wordt bedoeld.

Artikel 1 Definities

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeraar:
Elips Life AG, gevestigd te Vaduz en kantoorhoudend te Amstelveen.

1.2 Verzekeringnemer:
de op het polisblad onder "verzekeringnemer" vermelde rechtspersoon of natuurlijke persoon, waarmee de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

1.3 Deelnemer:
de tot de als verzekeringnemer optredende onderneming toegetreden vennoot of partner op wiens leven de verzekering is gesloten.

1.4 Inkomen:
het verworven jaarlijkse inkomen als vennoot/lid van de maatschap, inclusief het aandeel in de maatschapswinst dat aan de deelnemer of zijn praktijkvennootschap toekomt of de management fee die in rekening is gebracht en het eventuele dividend op het aandeel.

Indien een deelnemer nog geen 3 jaren als vennoot of lid van de maatschap werkzaam is, wordt voor het bepalen van het gemiddelde inkomen over de afgelopen 3 jaren uitgegaan van het gemiddelde van het inkomen van een startende vennoot/partner binnen de als verzekeringnemer optredende onderneming in de voorafgaande jaren.

1.5 Arbeidsongeschiktheid:
van arbeidsongeschiktheid onder deze overeenkomst is uitsluitend sprake indien en voor zolang er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de deelnemer beperkt is in zijn functioneren. Stoornissen waarvoor geen medisch oorzakelijke factor kan worden aangetoond of aannemelijk gemaakt, worden beschouwd als niet objectief medisch vast te stellen.

Onverminderd het hiervoor bepaalde, wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht indien de deelnemer voor ten minste 35% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het beroep van advocaat respectievelijk notaris, werkzaam als partner of vennoot binnen de op het polisblad vermelde onderneming dan wel een gelijksoortige onderneming. Aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het bedrijf worden daarbij betrokken. Geen rekening wordt gehouden met eventuele verminderde gelegenheid tot het verrichten van de genoemde werkzaamheden.

1.6 Wachttijd:
de aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid als vermeld op het polisblad die ten minste verstreken dient te zijn alvorens aanspraak kan worden gemaakt op een uitkering uit hoofde van deze overeenkomst.

Bij het toepassen van de wachttijd worden perioden van arbeidsongeschiktheid welke voortvloeien uit één en dezelfde oorzaak samengeteld indien deze perioden elkaar met een onderbreking van minder dan 30 dagen opvolgen.

1.7 Arbeidsongeschiktheidspensioen:
de binnen de strekking van de onderhavige overeenkomst vallende en op het polisblad omschreven aanspraak op een periodieke uitkering bij derving van inkomen indien bij de betrokken deelnemer langdurige arbeidsongeschiktheid ontstaat.

1.8 Vrije acceptatielimiet:
het maximale bedrag tot hetwelk de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidspensioen zonder nadere medische waarborgen zal aanvaarden, met inachtneming van de in deze overeenkomst neergelegde voorwaarden.

1.9 Obligo:
het absolute maximale bedrag tot hetwelk de verzekeringnemer gehouden is een arbeidsongeschiktheidspensioen in verzekering te geven en dat de verzekeraar verplicht is te aanvaarden, met inachtneming van de in deze overeenkomst neergelegde voorwaarden. Hierbij wordt mede in aanmerking genomen een op het leven van de betrokken deelnemer in verband met diens arbeidsongeschiktheidsrisico in dekking gegeven bedrag krachtens een overeenkomst tussen de verzekeringnemer dan wel de deelnemer en een andere verzekeraar.

1.10 Opgave:
een naar de situatie per 1 januari van ieder jaar per deelnemer gespecificeerd overzicht van de te verzekeren arbeidsongeschiktheidspensioenen. Naast het aantal verzekeringen, de som van de verzekerde bedragen en de som van de verzekeringspremies vermeldt deze opgave in ieder geval de volgende gegevens per deelnemer:
- de naam (voorletters, voorvoegsels en achternaam);
- de geboortedatum;
- het geslacht;
- het gehele inkomen dat de grondslag vormt voor de berekening van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen, alsmede het inkomen over de afgelopen 3 jaren;
- de gegevens van de begunstigde voor de uitkering;
- het te verzekeren arbeidsongeschiktheidspensioen, en
- de verschuldigde verzekeringspremie.

1.11 Standpremie:
de premie op jaarbasis volgens het overeengekomen tarief berekend over de verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioenen zoals deze met de jongste opgave aan de verzekeraar zijn meegedeeld.

1.12 Eerste dag van de arbeidsongeschiktheid:
de dag waarop de deelnemer wegens arbeidsongeschiktheid zich onder behandeling heeft gesteld van een bevoegd arts.

Artikel 2 Algemeen

2.1 Deze verzekering heeft tot doel een periodieke arbeidsongeschiktheidsuitkering te verlenen bij derving van inkomen door de deelnemer ten gevolge van het intreden van langdurige arbeidsongeschiktheid.

2.2 De verzekering heeft eveneens tot doel de deelnemer bij te staan in het verminderen van arbeidsongeschiktheid en het terugkeren in het arbeidsproces, met inachtneming van het gestelde in artikel 17 "Vergoeding van de kosten van re-integratie".

2.3 De onder deze overeenkomst verzekerde aanspraken zijn nader omschreven op het polisblad.

2.4 De op het polisblad en eventuele aangehechte Bijzondere Voorwaarden opgenomen bepalingen hebben voorrang boven het gestelde in deze Algemene Voorwaarden.

2.5 Met deze overeenkomst komen alle voorafgaande mondelinge en schriftelijke afspraken die in het kader van deze overeenkomst tussen partijen zijn gemaakt te vervallen, tenzij uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen.

2.6 Generlei toevoeging aan of wijziging van de verzekeringsovereenkomst kan tegenover de verzekeraar worden ingeroepen, voordat deze door hem schriftelijk aan de verzekeringnemer is bevestigd.

2.7 Deze overeenkomst beantwoordt aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7:925 BW, indien en voor zover de schade op vergoeding waarvan aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor een deelnemer schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

Artikel 3 Mededelingsplicht en gevolgen

3.1 De verzekeringen zijn gegrond op de daartoe door of namens de verzekeringnemer en/of door de deelnemer aan de verzekeraar verstrekte gegevens. De verzekeringnemer en/of de deelnemer zijn verplicht vóór het aangaan van een verzekering aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die zij kennen of behoren te kennen. Het gaat hier om de feiten waarvan, naar zij weten of behoren te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen of, en zo ja op welke voorwaarden, hij de verzekering zou willen sluiten. Deze mededelingsplicht betreft geen feiten waarover ingevolge wettelijke bepalingen geen vragen mogen worden gesteld.

3.2 Indien de verzekeraar ontdekt dat niet aan de in lid 1 omschreven mededelingsplicht is voldaan, zal hij de verzekeringnemer hierover binnen 2 maanden na deze ontdekking schriftelijk informeren onder vermelding van de eventuele gevolgen.

3.3 Met uitzondering van de in lid 4 bedoelde situatie heeft de verzekeringnemer in het in lid 2 bedoelde geval de mogelijkheid om:

- de verzekeringsovereenkomst voort te zetten en de aangekondigde gevolgen voor zijn rekening te nemen;
- in overleg te treden met de verzekeraar om de overeenkomst te wijzigen;
- de verzekeringsovereenkomst op te zeggen, met dien verstande dat de verzekeringnemer de opzegging kan beperken tot de deelnemer op wiens leven de bewuste verzekering was gesloten.

3.4 Indien de verzekeringnemer of de deelnemer heeft gehandeld met de opzet de verzekeraar te misleiden en indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst niet zou zijn aangegaan, kan de verzekeraar deze overeenkomst binnen 2 maanden na ontdekking van de misleiding met directe ingang opzeggen.

3.5 Indien de verzekeringnemer en/of de deelnemer niet aan hun mededelingsplicht hebben voldaan, gelden de volgende bepalingen met betrekking tot de uitkering:

- de uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist vermelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt;
- de uitkering wordt gekort naar evenredigheid indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen;
- indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, vindt de uitkering slechts plaats als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen;
- geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten;
- geen uitkering wordt verricht indien de verzekeraar opzettelijk is misleid.

Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van arbeidsongeschiktheidsrisico's

4.1 De verzekeringnemer verplicht zich voor al zijn partners/vennoten de op het polisblad omschreven arbeidsongeschiktheidsrisico's ter verzekering aan de verzekeraar aan te bieden, waartegenover laatstgenoemde zich verbindt deze te aanvaarden tegen de in deze overeenkomst opgenomen voorwaarden. De verplichting tot aanbieding en aanvaarding uit hoofde van dit artikel is voor beide zijden beperkt tot het overeengekomen obligo als vermeld op het polisblad.

4.2 Indien deelname aan de regeling niet voor alle partners/vennoten verplicht is, geldt de in artikel 4.1 bedoelde verplichting tot aanbieding en aanvaarding slechts voor degenen die zich voor deze verzekering aanmelden. De vrije acceptatielimiet is in deze gevallen altijd gelijk aan € 0,-.

4.3 De verzekeraar verplicht zich de aangeboden arbeidsongeschiktheidsrisico's voor de volledig valide partners/vennoten automatisch en op normale voorwaarden te aanvaarden, tot maximaal de overeengekomen vrije acceptatielimiet als vermeld op het polisblad.

4.4 Ten aanzien van op de aanmeldingsdatum gedeeltelijk arbeidsongeschikte partners/vennoten worden de precieze voorwaarden waartegen deze arbeidsongeschiktheidsrisico's eventueel in verzekering kunnen worden aanvaard per individu aan de hand van een nader medisch- en arbeidsdeskundig onderzoek bepaald.

4.5 Voor verzekerde bedragen boven de vrije acceptatielimiet wordt het arbeidsongeschiktheidsrisico of de uitbreiding van het bestaande risico, alvorens acceptatie kan plaatsvinden, door de verzekeraar beoordeeld op basis van medische gegevens die ten genoegen van laatstgenoemde dienen te worden verstrekt. In beginsel geschiedt de acceptatie dan op basis van een door de betrokkene zelf in te vullen gezondheidsverklaring. Indien het te verzekeren jaarlijkse arbeidsongeschiktheidspensioen het bedrag van € 50.000,= te boven gaat, wordt het risico echter beoordeeld aan de hand van het rapport van een internistische keuring.

Bij aanmelding vanaf leeftijd 51 geschiedt de acceptatie op basis van een internistische keuring indien het te verzekeren jaarlijkse arbeidsongeschiktheidspensioen het bedrag van € 37.000,= te boven gaat.

Indien door een verhoging van het verzekerde bedrag waarvoor medische waarborgen zijn vereist één van de bovenstaande grenzen wordt overschreden, dient de bij het hogere bedrag genoemde waarborg te worden geleverd.

4.6 Indien de acceptatie op grond van het voorgaande op basis van medische gegevens plaatsvindt, zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- de verzekeraar heeft het recht een aanvullend medisch onderzoek en/of inlichtingen bij de behandelend arts en/of specialist te vragen, indien zulks door de medisch adviseur van de verzekeraar voor een gefundeerde beoordeling van het risico noodzakelijk wordt geacht;
- de verzekeraar is bevoegd op medische gronden een verhoogde premie in rekening te brengen, oorzaken van arbeidsongeschiktheid van de dekking uit te sluiten, de duur van de dekking te bekorten of de acceptatie van de betrokkene te weigeren;
- de kosten verbonden aan een medische keuring en/of aanvullend medisch onderzoek, komen voor rekening van de verzekeraar.

4.7 In het geval dat de acceptatie van de onderhavige verzekering op basis van medische gegevens heeft plaatsgevonden, is verhoging van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen één keer per jaar mogelijk zonder nieuwe medische gegevens, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en

b) de verhoging is het gevolg van een toename in het inkomen van de deelnemer en het verhogingsbedrag is maximaal 14% van het arbeidsongeschiktheidspensioen dat al verzekerd is; en

c) de deelnemer is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag.

Clausules en/of premietoeslag die vermeld zijn op het laatst afgegeven verzekeringsbewijs zullen ook van toepassing zijn op de verhoging.

4.8 In het geval dat de acceptatie van de onderhavige verzekering niet op basis van medische gegevens heeft plaatsgevonden, is verhoging van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen één keer per jaar mogelijk zonder nieuwe medische gegevens, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

a) de verhoging leidt niet tot een overschrijding van het obligo; en

b) de deelnemer is jonger dan 55 jaar op het moment van de verhogingsaanvraag; en

c) de verhoging is het gevolg van een toename in het inkomen van de deelnemer en het verhogingsbedrag is maximaal 14% van het arbeidsongeschiktheidspensioen dat al verzekerd is; en

d) de deelnemer is op het moment van de verhogingsaanvraag niet onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener; en

e) de deelnemer was niet langer dan 2 weken onder behandeling of controle van een (huis)arts, medisch specialist, therapeut, psycholoog of andere hulpverlener in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag; en

f) de deelnemer is niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt op het moment van de verhogingsaanvraag; en

g) de deelnemer is maximaal 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest in de periode van 12 maanden die voorafgaat aan het moment van de verhogingsaanvraag.

Clausules en/of premietoeslag die vermeld zijn op het laatst afgegeven verzekeringsbewijs zullen ook van toepassing zijn op de verhoging.

4.9 Indien afstand is gedaan van (een gedeelte van) de aanspraken op arbeidsongeschiktheidspensioen en later op deze beslissing wordt teruggekomen, wordt het desbetreffende arbeidsongeschiktheidsrisico alvorens acceptatie kan plaatsvinden door de verzekeraar beoordeeld op basis van medische gegevens die ten genoegen van laatstgenoemde dienen te worden verstrekt.

4.10 Partners die door een fusie van of overname door de onderneming van de verzekeringnemer tot de verzekerde deelnemersgroep zullen toetreden, vallen niet automatisch onder de strekking van deze overeenkomst. Verzekering van het arbeidsongeschiktheidsrisico van deze partners onder deze overeenkomst is eerst mogelijk nadat partijen hierover vooraf schriftelijk overeenstemming hebben bereikt.

4.11 Het door de verzekeraar accepteren van een verzekeringspremie voor risico's die niet onder de strekking van deze overeenkomst vallen, dan wel voor risico's die niet in overeenstemming met de voorwaarden van deze overeenkomst zijn geaccepteerd, geeft ten aanzien van deze risico's onder geen enkele omstandigheid recht op een aanspraak op de verzekeraar anders dan de restitutie van de voor deze risico's door de verzekeraar ontvangen verzekeringspremie, noch verplicht het de verzekeringnemer dergelijke risico's onder deze overeenkomst ter verzekering aan te bieden.

Artikel 5 Aanvang van het risico en duur van de dekking

5.1 Indien (een uitbreiding van) een risico automatisch en op normale voorwaarden kan worden aanvaard, vangt de verzekering en (de uitbreiding van) het daaruit voortvloeiende risico voor de verzekeraar aan op de dag waarop het risico ontstaat of toeneemt, met dien verstande dat de verzekering slechts in werking treedt indien de deelnemer op het desbetreffende moment volledig arbeidsgeschikt is en voor zover betrokkene daadwerkelijk zijn overeengekomen werkzaamheden uitvoert. Arbeidsongeschiktheid welke terug te voeren valt op een in de 30 dagen vóór de aanvang van de individuele verzekering reeds bestaande ziekte welke tot onderbreking van de werkzaamheden heeft geleid, valt niet onder de dekking.

5.2 Indien een deelnemer op het moment waarop het risico onder deze overeenkomst ontstaat niet volledig arbeidsgeschikt is kan de dekking slechts betrekking hebben op de resterende verdiencapaciteit van de betrokkene, voor zover deze daadwerkelijk wordt benut.

5.3 Indien de acceptatie niet automatisch en op normale voorwaarden kan plaatsvinden is de verzekeraar eerst aansprakelijk vanaf de dag waarop hij de verzekeringnemer schriftelijk opgave doet van de voorwaarden waarop het risico kan worden aanvaard.

5.4 Gedurende de looptijd van deze overeenkomst worden de individuele verzekeringen telkens voor de duur van één kalenderjaar gesloten. Ze worden per 1 januari van enig jaar automatisch verlengd op basis van de op 1 januari van het desbetreffende jaar op het polisblad omschreven aanspraken op arbeidsongeschiktheidspensioen, een en ander met inachtneming van het in artikel 4 bepaalde.

5.5 Indien een risico op een andere datum dan 1 januari aanvangt, loopt de dekking voor de resterende duur van het desbetreffende kalenderjaar.

5.6 De aansprakelijkheid van de verzekeraar met betrekking tot het arbeidsongeschiktheidsrisico van enige deelnemer eindigt zodra één van de volgende situaties zich voordoet:

a) de maatschaps- c.q. vennootschapsovereenkomst met de verzekeringnemer eindigt anders dan door arbeidsongeschiktheid van de deelnemer, of de deelnemer beëindigt zijn werkzaamheden vooruitlopend op deze beëindiging van deze overeenkomst;

b) de deelnemer houdt - anders dan door arbeidsongeschiktheid - op het beroep van advocaat respectievelijk notaris werkzaam als partner of vennoot binnen de op het polisblad vermelde onderneming uit te oefenen;

c) de deelnemer gaat met (vervroegd) pensioen;

d) de deelnemer bereikt de op het polisblad vermelde eindleeftijd;

e) de deelnemer overlijdt;

f) de overeenkomst tussen de verzekeraar en de verzekeringnemer wordt beëindigd (met inachtneming van het in artikel 21 bepaalde).

5.7 De verzekeraar is tot niet meer aansprakelijk dan hetgeen is verzekerd.

5.8 De verzekeraar is niet aansprakelijk voor kosten van de verzekeringnemer in verband met buitencontractuele aansprakelijkheid. Tot buitencontractuele kosten behoren schadevergoeding en boete opgelegd in een civiel- of strafrechtelijke procedure. De verplichting tot bijdrage in de buitencontractuele kosten bestaat echter wel indien de verzekeraar opdracht of toestemming heeft gegeven tot het handelen of nalaten dat tot deze kosten heeft geleid, of dit handelen of nalaten nadien schriftelijk heeft bekrachtigd. In deze gevallen zal de verzekeraar in overeenstemming met zijn aansprakelijkheid bijdragen in de kosten in verband met buitencontractuele aansprakelijkheid.

Artikel 6 Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie

6.1 De verschuldigde premie wordt door of namens de verzekeringnemer berekend aan de hand van het overeengekomen premietarief, met inachtneming van de eventueel op medische gronden gestelde voorwaarden. In geval van een leeftijdsafhankelijk tarief wordt de premie op de aanvangsdatum van de verzekering bepaald op basis van de leeftijd van de deelnemer op dat moment en vervolgens wordt de premie jaarlijks op 1 januari vastgesteld naar de dan door de deelnemer bereikte leeftijd, wederom met inachtneming van de eventueel op medische gronden vastgestelde voorwaarden. De leeftijd wordt telkens in hele jaren vastgesteld.

6.2 De premie voor in de loop van enig kalenderjaar optredende individuele en/of groepsgewijze mutaties, royementen en nieuwe verzekeringen wordt naar tijdsevenredigheid berekend. Onder mutatie wordt hierbij eveneens verstaan het ingaan van (een gedeelte van) het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen of het (gedeeltelijk) staken van een uitkering.

6.3 Voor een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte deelnemer voor wie een verzoek tot uitkering van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen is ingediend, is de volledige verzekeringspremie verschuldigd tot de ingangsdatum van de uitkering. Vanaf deze ingangsdatum is geen premie meer verschuldigd over (het deel van) het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen dat wordt uitgekeerd.

6.4 Voor deelnemers die in de loop van het desbetreffende kalenderjaar de leeftijd bereiken op grond waarvan met inachtneming van de overeengekomen wachttijd geen uitkering uit hoofde van deze overeenkomst meer zal kunnen plaatsvinden, is geen premie meer verschuldigd vanaf het moment van het bereiken van de bedoelde leeftijd.

Artikel 7 Premiebetaling

7.1 De verzekeringspremie is op 1 januari van ieder kalenderjaar bij vooruitbetaling door de verzekeringnemer aan de verzekeraar verschuldigd.

7.2 Op 1 januari van ieder kalenderjaar waarover de verzekeringnemer premie is verschuldigd, betaalt de verzekeringnemer aan de verzekeraar als voorschot op de verschuldigde premie een bedrag gelijk aan 100% van de standpremie. De verzekeraar stelt de verzekeringnemer in de maand december voorafgaande aan het desbetreffende kalenderjaar schriftelijk in kennis van het bedrag van de voorschotpremie. Indien over het voorafgaande kalenderjaar geen opgave is verstrekt, bedraagt het voorschot 110% van de over dat jaar geldende voorschotpremie.

7.3 Na ontvangst en akkoordbevinding van een opgave of aanvullende opgave wordt de verzekeringnemer gedebiteerd of gecrediteerd voor de daaruit voortkomende premies. Tevens wordt de verzekeringnemer na verwerking van de opgave gecrediteerd voor de betaalde voorschotpremies. Alle boekingen worden door de verzekeraar in rekening-courant verantwoord. Uitstaande saldi uit hoofde van deze overeenkomst zullen worden verrekend met de tussen partijen uitstaande saldi uit welke hoofde dan ook. Het saldo dient door de debiteur binnen 30 dagen na verzending/ontvangst van het rekening-courant afschrift te worden vereffend door overschrijving op een bankrekening van de crediteur.

7.4 Indien de verzekeringnemer de verschuldigde voorschotpremie of het saldo dat uit de boeking van deze premie niet binnen de gestelde termijn voldoet, vervalt de dekking uit hoofde van deze overeenkomst. Alvorens de dekking te laten vervallen, zal de verzekeraar nog één aanmaning met een definitieve betalingstermijn van minimaal 14 dagen en een omschrijving van de gevolgen van niet tijdige betaling aan de verzekeringnemer toezenden. De verzekering zal zonder terugwerking weer in kracht worden hersteld vanaf het moment dat alle achterstallige verzekeringspremies door de verzekeraar zijn ontvangen. De verzekeraar behoudt zich echter het recht voor om niet tot herstel over te gaan, indien de gestelde betalingstermijn met meer dan 3 maanden is overschreden.

Indien deze overeenkomst wegens het niet voldoen aan de betalingsverplichtingen definitief beëindigd wordt, heeft de verzekeraar het recht op een vergoeding wegens gederfde inkomsten gedurende de resterende duur van de overeengekomen contractperiode. Deze vergoeding wordt door de verzekeraar op basis van algemeen aanvaarde uitgangspunten vastgesteld.

7.5 De afrekening van de tijdsevenredige premie als bedoeld in artikel 6.2 geschiedt aan de hand van een aanvullende opgave. Totdat deze opgave is verwerkt, behoudt de in artikel 7.3 bedoelde afrekening een voorlopig karakter.

7.6 In afwijking van het in artikel 7.5 bepaalde wordt de premie voor in de loop van het jaar optredende groepsgewijze mutaties, royementen en nieuwe verzekeringen verrekend onmiddellijk nadat deze zich hebben gemanifesteerd. Van groepsgewijze mutaties, royementen en nieuwe verzekeringen is sprake wanneer per eenzelfde datum (niet zijnde 1 januari) ten minste 5% van het per 1 januari verzekerde bestand wijzigt, een en ander met een minimum van 5 deelnemers.

7.7 Indien over een vol jaar geheel geen risico door de verzekeraar is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft alsdan recht op een billijke vergoeding voor de te zijnen laste gekomen kosten.

Artikel 8 Opgaven en inlichtingen

8.1 De opgave wordt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op 30 juni van het kalenderjaar waarop deze betrekking heeft door of namens de verzekeringnemer aan de verzekeraar verstrekt. Indien de opgave ná het verstrijken van deze uiterste datum bij de verzekeraar wordt ingediend, behoudt de verzekeraar zich het recht voor de verschuldigde verzekeringspremie te verhogen met 5%. Deze extra premie zal niet worden betrokken in een eventueel van kracht zijnde winstdelingsregeling. De verzekeraar zal geen uitkering verrichten voor arbeidsongeschikte deelnemers zolang geen of geen volledige opgave door of namens de verzekeringnemer aan de verzekeraar is verstrekt over het jaar waarin deze deelnemers arbeidsongeschikt zijn geworden.

8.2 Gelijktijdig met de jaarlijkse opgave en in het eerste kalenderkwartaal na beëindiging van de overeenkomst zal door of namens de verzekeringnemer een per deelnemer gespecificeerde aanvullende opgave aan de verzekeraar worden verstrekt van alle mutaties, royementen en nieuwe verzekeringen die zich in de loop van het voorafgaande kalenderjaar hebben voorgedaan. Naast de in de reguliere opgave op te nemen gegevens vermeldt deze aanvullende opgave per deelnemer gespecificeerd de mutatiedatum en de te verrekenen premie alsmede de som van de verzekerde bedragen waarmee het totaal toe- of afneemt en de som van de te verrekenen premies.

8.3 Wanneer zich in de loop van enig kalenderjaar groepsgewijze mutaties, royementen en nieuwe verzekeringen manifesteren, wordt hiervan door of namens de verzekeringnemer onverwijld een per deelnemer gespecificeerde opgave aan de verzekeraar verstrekt met vermelding van de in artikel 8.2 genoemde gegevens.

8.4 Een (aanvullende) opgave wordt in excel digitaal per diskette of via e-mail verstrekt volgens de format zoals vermeld op het polisblad. Bij akkoordbevinding van de opgave zal de verzekeraar dit schriftelijk bevestigen onder vermelding van de totalen van de arbeidsongeschiktheidspensioenen, de premies, het aantal risico's en, ingeval van een aanvullende opgave, de totalen met betrekking tot de mutaties in het voorgaande jaar.

8.5 De verzekeringnemer verstrekt op het eerste verzoek van de verzekeraar alle gewenste inlichtingen en bescheiden die naar het oordeel van de verzekeraar van belang zijn voor een juiste uitvoering van deze overeenkomst.

8.6 Zolang voor beide partijen verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, staat de verzekeringnemer er voor in dat alle informatie en gegevens die aan de verzekeraar worden verstrekt ingevolge de bepalingen voortvloeiende uit het in dit artikel en de desbetreffende artikelen inzake schademelding en schadebehandeling gestelde, volledig, nauwkeurig, naar waarheid en niet misleidend zijn (door onachtzaamheid of anderszins) op het moment van verstrekking.

Artikel 9 Verschillen in de afrekening

9.1 Indien een afrekening (achteraf) onjuist of onvolledig is, zal dit in de daaropvolgende afrekening worden gecorrigeerd en zal het saldo uit de afrekening volledig worden verrekend. Indien de onjuistheid of onvolledigheid van dien aard is dat dit wezenlijke verschillen in de afrekening tot gevolg heeft, wordt daarover zo spoedig mogelijk tussen partijen overleg gepleegd teneinde deze verschillen te corrigeren. Deze bepaling doet geen afbreuk aan enig recht of mogelijkheid die voor beide partijen onder deze overeenkomst beschikbaar zijn.

Artikel 10 Risicowijzigingen

10.1 De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld schriftelijk in kennis indien:

a) een deelnemer gedurende een periode van langer dan 6 maanden werkzaamheden buiten de Europese Unie gaat verrichten;

b) een deelnemer zijn beroep als advocaat respectievelijk notaris, werkzaam als partner/vennoot binnen de op het polisblad vermelde onderneming, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer voor een deelnemer de aard en/of de urenomvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan;

de verzekeraar heeft dan het recht de premies en de voorwaarden voor de verzekering ten behoeve van de betrokken deelnemer te herzien.

10.2 De verzekeringnemer informeert de verzekeraar tevens, zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, indien:

a) voor een groep deelnemers (ten minste 5% van het per 1 januari verzekerde bestand, met een minimum van 5 deelnemers) een wijziging in de aard en/of de urenomvang van de werkzaamheden optreedt die een risicoverzwaring tot gevolg heeft of kan hebben;

b) door bijvoorbeeld fusie of verkoop van een bedrijfsonderdeel een deel van de verzekerde groep deelnemers de onderneming verlaat (eveneens ten minste 5% van het per 1 januari verzekerde bestand, met een minimum van 5 deelnemers);

de verzekeraar heeft dan het recht de premies en de voorwaarden voor het gehele verzekerde bestand te herzien.

Artikel 11 Uitsluitingen

11.1 De verzekeraar zal geen uitkering verrichten indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd, hetzij direct, hetzij indirect door:

a) opzet of al dan niet bewuste roekeloosheid van de deelnemer; onder opzet van de deelnemer wordt mede verstaan poging tot zelfdoding;

b) deelname van de deelnemer aan enige niet-Nederlandse gewapende dienst;

c) één van de hieronder genoemde vormen van molest:
   1 een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;
   2 burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
   3 opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
   4 binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
   5 oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
   6 muiterij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn;

d) atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn 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, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan de kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

11.2 Er zal geen uitsluiting worden toegepast wanneer de deelnemer arbeidsongeschikt wordt tengevolge van één van de in artikel 11.1 onder c) genoemde situaties welke zich in een buiten Nederland gelegen gebied manifesteren, indien:

a) de deelnemer reeds vóór het ontstaan van deze situaties over of door dat gebied reist, respectievelijk in dat gebied verblijft in verband met de uitoefening van zijn beroep en niet in strijd handelt met de instructies van de Nederlandse of de plaatselijke overheid, én

b) de deelnemer door omstandigheden waarop hij geen invloed kan uitoefenen niet in staat is geweest het desbetreffende gebied te verlaten, dan wel het gebied te overvliegen.

Artikel 12 Terrorismerisico

12.1 Het terrorismerisico is herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden nv volgens het aan de overeenkomst gehechte clausuleblad terrorismedekking.

Artikel 13 Aanmelding van schade

13.1 De verzekeringnemer dan wel de deelnemer stelt de verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is in kennis van iedere arbeidsongeschiktheid waaruit mogelijk een aanspraak op een uitkering uit hoofde van deze overeenkomst kan ontstaan onder vermelding van:

- de naam en de geboortedatum van de deelnemer;
- de datum van de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid van de betrokken deelnemer;
- de mate en de vermoedelijke oorzaak van de arbeidsongeschiktheid, en
- de hoogte van het voor de betrokkene geldende inkomen over de afgelopen 3 jaar waar het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen van wordt afgeleid.

13.2 Deze kennisgeving geschiedt uiterlijk op de laatste dag van de op het polisblad vermelde schademeldingstermijn, die aanvangt op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid van de betrokken deelnemer.

13.3 Na ontvangst van de kennisgeving verstrekt de verzekeraar de deelnemer een uitkerings-aanvraagformulier dat na invulling en ondertekening door de betrokken deelnemer aan de verzekeraar wordt geretourneerd.

Artikel 14 Schade-erkenning

14.1 De verzekeraar beoordeelt de mate van de arbeidsongeschiktheid aan de hand van het advies uitgebracht door de adviseurs van de verzekeraar en stelt de verzekeringnemer en de deelnemer in kennis van zijn beslissing.

14.2 Indien de adviseurs voor de beoordeling van de ontvangen aanvraag een medisch of arbeidsdeskundig onderzoek noodzakelijk achten, treft de verzekeringnemer maatregelen opdat de betrokken deelnemer zich door een door de verzekeraar aan te wijzen arts of andere deskundige laat onderzoeken. De verzekeraar is voorts gerechtigd een aanvullend medisch of arbeidsdeskundig onderzoek en/of op grond van een machtiging inlichtingen bij de huisarts en/of behandelend specialist te vragen, indien dit noodzakelijk wordt geacht voor een meer gefundeerde beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

14.3 Alle kosten verbonden aan het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid en aan hetzij de controle, hetzij een nieuw geneeskundig of arbeidsdeskundig onderzoek van de deelnemer, komen voor rekening van de verzekeraar, behoudens de reis- en verblijfskosten van de deelnemer.

Artikel 15 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

15.1 De verzekeringnemer en de arbeidsongeschikte deelnemer tezamen zijn verplicht al het mogelijke te doen om het herstel en/of de re-integratie van de arbeidsongeschikte deelnemer te bevorderen (bijvoorbeeld door aanpassing of verandering van de werkplek en/of de werkomstandigheden) en alles na te laten wat dit herstel en/of deze re-integratie kan belemmeren of verhinderen.

15.2 De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van het geheel of gedeeltelijk herstel van de arbeidsongeschikte deelnemer dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van de beroepswerkzaamheden door de arbeidsongeschikte deelnemer.

15.3 De arbeidsongeschikte deelnemer is verplicht:

a) zich zo spoedig mogelijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen;

b) al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen, om zijn arbeidsongeschiktheid te verminderen en om terug te keren in zijn beroepswerkzaamheden;

c) alles na te laten wat zijn herstel en/of re-integratie kan vertragen of verhinderen;

d) alle medewerking te verlenen bij aanpassingen van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen de als verzekeringnemer optredende onderneming, die in redelijkheid van deelnemer kunnen worden verlangd ter bevordering van zijn herstel en vermindering van zijn arbeidsongeschiktheid;

e) alle door de verzekeraar nodig geachte gegevens waaronder (op periodieke basis) inkomensgegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of de door hem aangewezen deskundigen en daartoe - indien noodzakelijk - de nodige machtigingen te verlenen;

f) de verzekeraar een inkomstenbelastingverklaring te verstrekken, tenzij de praktijkvennootschap als begunstigde voor de uitkering is aangewezen;

g) de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel dan wel van de gehele of gedeeltelijke hervatting van zijn beroepswerkzaamheden en/of het verrichten van enige andere arbeid;

h) de verzekeraar onmiddellijk op de hoogte stellen van het wijzigen of staken van gedurende de (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid verrichte werkzaamheden;

i) wijzigingen van het woonadres en/of bankrekeningnummer aan de verzekeraar door te geven;

j) geen feiten of omstandigheden, die voor de vaststelling van de mate van de arbeids-ongeschiktheid of de uitkering van belang zijn, te verzwijgen, dan wel feiten of omstandigheden onjuist of onvolledig weer te geven.

15.4 Bij het niet of niet tijdig nakomen van één of meer van deze verplichtingen en bij het niet volledig en naar waarheid verstrekken van gegevens, kan de verzekeraar - indien daardoor zijn belangen zijn geschaad - overgaan tot het niet of niet geheel vergoeden van het gederfde inkomen.

Artikel 16 Uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen

16.1 Indien en nadat aan alle daartoe gestelde voorwaarden is voldaan, wordt het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen onder toepassing van de onderstaande staffel aan de begunstigde uitgekeerd.

Mate van arbeidsongeschiktheid	Uitkering in procenten van het verzekerde arbeidsongeschiktheidspensioen
minder dan 35%	0
35 tot 45%	40
45 tot 55%	50
55 tot 65%	60
65 tot 80%	72,5
80 tot en met 100%	100

16.2 Het arbeidsongeschiktheidspensioen wordt door de verzekeraar rechtstreeks aan de begunstigde uitgekeerd. Indien de uitkering niet aan de praktijkvennootschap van de deelnemer wordt verricht geschiedt dit onder inhouding van de wettelijk voorgeschreven heffingen en premies. Het pensioen wordt uitgekeerd in maandelijkse termijnen bij achterafbetaling. De eerste en de laatste uitkering worden zo nodig pro rata verricht. Een teveel uitgekeerd bedrag dient onmiddellijk te worden gerestitueerd.

16.3 Het recht op uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen ontstaat op de eerste dag waarop de op het polisblad genoemde wachttijd is verstreken.
De uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen eindigt:

a) op de dag waarop het arbeidsongeschiktheidspercentage van de deelnemer lager is dan 35%;

b) op de dag waarop deze verzekering (voor de betrokken deelnemer) eindigt, onverminderd het bepaalde in artikel 21 "Uitkering na beëindiging van de overeenkomst";

c) op de dag volgend op de dag waarop de deelnemer de overeengekomen einddatum van de dekking heeft bereikt, doch uiterlijk op de dag volgend op de 65-ste verjaardag van de deelnemer;

d) op de dag van overlijden van de deelnemer.

16.4 Geen recht op de uitkering van het arbeidsongeschiktheidspensioen bestaat indien:

a) de eerste dag van arbeidsongeschiktheid is gelegen vóór de datum waarop deze verzekering voor de deelnemer van kracht is geworden, een en ander met inachtneming van het in de artikelen 5.1 en 5.2 van deze Algemene Voorwaarden bepaalde;

b) niet alle premies voor de verzekering tot de ingang van de premievrijstelling zijn voldaan;

c) zolang de deelnemer is gedetineerd (in Nederland of in het buitenland).

16.5 Indien het inkomen uit arbeid van een arbeidsongeschikte deelnemer vermeerderd met de periodieke uitkeringen uit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen meer bedraagt dan 80% van het vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid voor de deelnemer geldende gemiddelde inkomen over de drie jaren voorafgaand aan het intreden van de arbeidsongeschiktheid, zal het meerdere worden gekort op het door de verzekeraar uit te keren arbeidsongeschiktheidspensioen.

Het bedrag van het bovenbedoelde gemiddelde inkomen wordt, voor de uitvoering van het in dit lid bepaalde, na de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid jaarlijks geïndexeerd met 3%. De eerste indexering geschiedt per de eerste 1 januari volgend op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid.

16.6 Termijnen van het arbeidsongeschiktheidspensioen die niet binnen 3 jaar na de dag waarop zij opeisbaar zijn geworden worden opgevraagd, worden niet meer uitgekeerd.

16.7 Indien de verzekeraar aansprakelijk wordt gehouden voor door de begunstigde verschuldigde belasting en/of revisierente, is de begunstigde verplicht het verschuldigde bedrag aan de verzekeraar te restitueren. De verzekeraar is bevoegd een eventuele fiscale claim te verrekenen met nog te verschijnen uitkeringstermijnen.

Artikel 17 Vergoeding van de kosten van re-integratie

17.1 Indien met voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de verzekeraar kosten verbonden aan re-integratie worden gemaakt, welke kosten niet geacht kunnen worden te behoren tot de normale kosten van geneeskundige behandeling, zullen deze naast de uitkering krachtens deze verzekering geheel of gedeeltelijk worden vergoed, voor zover daarop niet uit andere hoofde aanspraak bestaat.

Artikel 18 Samenloop

18.1 Geen uitkering wordt verricht indien en voor zover ter zake van hetgeen onder deze overeenkomst is gedekt aanspraak wordt gemaakt of zou kunnen worden gemaakt - in geval deze overeenkomst niet zou hebben bestaan - op een uitkering uit hoofde van een andere verzekeringovereenkomst of voorziening. Dit geldt ongeacht de aanvangsdatum van deze andere verzekeringsovereenkomst of voorziening.

Artikel 19 Regres

19.1 De deelnemer is verplicht indien een derde betrokken is bij het ontstaan van zijn arbeids-ongeschiktheid, hiervan zo spoedig mogelijk melding te maken aan de verzekeraar. Tevens dient hij er melding van te maken indien hij op deze derde de schade gaat verhalen. Tevens is de deelnemer verplicht de verzekeraar direct mede te delen dat de derde de inkomensschade heeft vergoed en de verzekeraar op de hoogte te stellen van de resultaten van de regresactie, dan wel de verzekeraar alle informatie te verschaffen en hulp te bieden om verhaal op een aansprakelijke derde mogelijk te maken. Hiertoe kan behoren het in rechte overdragen van de vordering aan de verzekeraar.

19.2 Indien bij arbeidsongeschiktheid van een deelnemer sprake is van een op derden verhaalbare schade, wordt de door de verzekeraar verstrekte uitkering (inclusief een eventuele vergoeding als bedoeld in artikel 17) geacht te zijn gedaan bij voorschot. De deelnemer is bij geheel of gedeeltelijk verhaal van deze schade verplicht dit voorschot geheel of gedeeltelijk terug te betalen aan de verzekeraar.

Artikel 20 Duur van de overeenkomst

20.1 De overeenkomst wordt aangegaan voor de duur zoals aangegeven op het polisblad. Na afloop van deze periode wordt de overeenkomst telkens stilzwijgend verlengd voor de duur zoals aangegeven op het polisblad, tenzij één der partijen uiterlijk 2 maanden voor het einde van de contractperiode de overeenkomst per aangetekende brief aan de wederpartij opzegt. In geval van opzegging blijft de verzekering van arbeidsongeschiktheidspensioenen van kracht tot en met de laatste dag van de lopende contractperiode.

20.2 a) Naast de in de artikelen 3.4 en 7.4 voor de verzekeraar genoemde beëindigingsgronden hebben zowel de verzekeringnemer als de verzekeraar het recht om in bijzondere omstandigheden deze overeenkomst per aangetekende brief per direct te beëindigen. Van de hiervoor bedoelde omstandigheden is sprake indien ten aanzien van één van beide partijen mocht worden verklaard, dat zij verkeert in een toestand welke in het belang van de gezamenlijke schuldeisers bijzondere voorzieningen behoeft, ofwel dat zij krachtens een wettelijke regeling in een toestand mocht geraken, dat zij het beheer over haar inkomsten en/of vrije beschikking over haar vermogen verliest.

b) Iedere partij is verplicht om indien deze omstandigheden zich bij haar voordoen, de wederpartij daarvan onmiddellijk op de hoogte te stellen.

Artikel 21 Uitkering na beëindiging van de overeenkomst (uitloop)

21.1 In geval van beëindiging van de overeenkomst blijft de verzekeraar ongewijzigd aansprakelijk voor reeds erkende respectievelijk nog te erkennen aanspraken op een uitkering. Voor wat betreft de nog te erkennen aanspraken is voorwaarde dat de eerste dag van arbeidsongeschiktheid is gelegen binnen de contractperiode.

21.2 Voor de nog te erkennen aanspraken is nog premie verschuldigd tot en met het einde van de overeengekomen wachttijd. Deze premie zal alsdan worden afgerekend.

21.3 Bij de toepassing van het bovenstaande gelden nog de volgende bepalingen:

a) zolang er voor een deelnemer aanspraak op een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering bestaat, blijven de in de artikelen 13, 14 en 15 opgenomen verplichtingen van de verzekeringnemer en de deelnemer onverminderd van toepassing;

b) een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid wordt alleen in aanmerking genomen voor zover deze leidt tot indeling in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse of beëindiging van de uitkering.

Artikel 22 Herziening tarieven en voorwaarden

22.1 De verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden voor alle verzekeringen van arbeidsongeschiktheidspensioen waarvoor deze Algemene Voorwaarden gelden tussentijds (binnen de overeengekomen contractperiode) te wijzigen.

22.2 Een wijziging als bedoeld in lid 1 wordt voor elke daaronder vallende verzekering van kracht op een door de verzekeraar vast te stellen tijdstip en zal door de verzekeraar schriftelijk aan de verzekeringnemer worden meegedeeld. Als de verzekeringnemer binnen de in de mededeling gestelde termijn van ten minste 60 dagen de verzekeraar schriftelijk heeft medegedeeld de herziening te weigeren wordt de verzekering op de vastgestelde datum beëindigd. Heeft de verzekeraar binnen de vorenbedoelde termijn geen mededeling inzake weigering van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekeringnemer geacht met de herziening te hebben ingestemd.

22.3 De verzekeraar zal alleen van het in dit artikel bedoelde recht gebruik maken indien de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit een wijziging in verzekeringsvoorschriften, wettelijke regelingen of wettelijke bepalingen die van dusdanige aard is, dat de gevolgen van essentiële invloed zijn op deze verzekeringen, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.
Onder verzekeringsvoorschriften wordt hierbij verstaan: "voorschriften die voortvloeien uit in of op grond van de wet gestelde voorwaarden of uit de jurisprudentie, en een directe relatie met en consequenties voor de verzekering hebben. Hiertoe behoren ook aanwijzingen van de bevoegde toezichthouder."

22.4 Een tussentijdse wijziging van de voorwaarden heeft geen betrekking op reeds bestaande arbeidsongeschiktheid en ingegane arbeidsongeschiktheidspensioenen.

Artikel 23 Valuta en het van toepassing zijnde recht

23.1 De geldbedragen zijn uitgedrukt in euro's. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

Artikel 24 Bescherming van persoonsgegevens

24.1 Bij de aanvraag en/of gedurende de looptijd dan wel bij de wijziging van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt enerzijds ten behoeve van het beoordelen en accepteren van Cliënten, het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten met een Cliënt en het beheren van de daaruit voortvloeiende relatie, het afwikkelen van het betalingsverkeer, het voorkomen en bestrijden van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen en anderzijds ten behoeve van algemene statistische doeleinden (volledig geanonimiseerd). Onder Cliënt wordt verstaan de Cliënt volgens de begripsomschrijving in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Deze gedragscode is van toepassing op de verwerking van persoonsgegevens. De volledige tekst van de gedragscode kan worden geraadpleegd via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De gedragscode kan ook worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

24.2 De verzekeringnemer draagt er zorg voor dat de in het kader van deze overeenkomst bedoelde uitwisseling van persoonsgegevens geen overtreding inhoudt van de uit hoofde van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) geldende bepalingen. De verzekeraar is niet aansprakelijk indien de verzekeringnemer hierbij in gebreke blijft.

Artikel 25 Geschillen

25.1 Beide partijen zullen trachten alle geschillen, welke mochten ontstaan naar aanleiding van de onderhavige overeenkomst, dan wel van nadere overeenkomsten die daar het gevolg van mochten zijn, onderling te beslechten. Indien beide partijen hierin door onderhandeling niet slagen, zullen de geschillen als volgt worden beslecht:

a) indien de hoofdsom onder geschil niet meer bedraagt dan € 250.000 wordt een bindende uitspraak gedaan overeenkomstig het reglement van het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD);

b) indien de hoofdsom meer bedraagt dan € 250.000 maar minder dan € 1.000.000 is ná de uitspraak van de KiFiD een beslechting overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut mogelijk;

c) voor een hoofdsom van € 1.000.000 of meer vindt uitsluitend beslechting overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut plaats.

25.2 Indien de beslechting van het geschil plaatsvindt overeenkomstig het Arbitrage Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut gelden de volgende bepalingen:

a) Het scheidsgerecht zal bestaan uit drie arbiters. Deze drie arbiters moeten zijn gekozen uit personen die geacht kunnen worden deskundig te zijn op verzekeringsgebied, dan wel op enig voor dat geschil relevant ander gebied. Iedere partij zal één arbiter aanwijzen en daarna zullen de beide arbiters een derde arbiter benoemen alvorens hun werkzaamheden te beginnen. Indien één der partijen nalaat een arbiter aan te wijzen binnen één maand nadat zij door de andere partij daartoe schriftelijk is uitgenodigd, of indien de twee door partijen aangewezen arbiters nalaten een derde arbiter te benoemen, zal de benoeming van die arbiter(s) plaatsvinden conform de bepalingen van het Arbitrage Reglement.

b) De plaats van de arbitrage zal zijn gelegen in Amsterdam.

25.3 De in dit artikel opgenomen bepalingen vormen, hoewel zij een integraal deel van de verzekeringsovereenkomst zijn, een aparte overeenkomst. Hierdoor blijven de bepalingen van dit artikel ook bij ontbinding van de verzekeringsovereenkomst onverkort van kracht.

Artikel 26 Klachten

26.1 Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van de verzekeraar. Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor de betrokkenen niet bevredigend is, kunnen deze zich wenden tot Ombudsman Financiële Dienstverlening (via het KiFiD), Postbus 93257, 2509 AG te Den Haag (telefoonnummer 070-3338999, www.kifid.nl). Wanneer de betrokkenen geen gebruik wensen te maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vinden, zal het geschil beslecht worden overeenkomstig het in artikel 25 bepaalde.