

Woonbeschermer

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1. Verzekerde**
De op het polisblad vermelde in Nederland woonachtige natuurlijke persoon die een hypothecaire geldlening heeft en op de ingangsdatum van deze verzekering niet ouder is dan 54 jaar.
- 2. Begunstigde**
De verzekerde. Een wijziging van begunstiging dient door de verzekerde schriftelijk meegedeeld te worden aan de verzekeraar. Een wijziging van begunstiging is van kracht vanaf het moment dat verzekeraar de schriftelijke mededeling heeft ontvangen.
- 3. Verzekeraar**
De N.V. Schadeverzekering-Maatschappij Bovemij, Takenhofplein 2 te Nijmegen, 6538 SZ Nijmegen, Postbus 7110, 6503 GP Nijmegen, NL.
- 4. Verzekerd maandbedrag**
Het op het polisblad als zodanig genoemde bedrag.
- 5. C.W.I.**
Centrum voor Werk en Inkomen.
- 6. W.W.**
Werkloosheidswet.
- 7. W.I.A.**
Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.
- 8. Bruto maandlasten**
De aantoonbare financiële maandlasten verbonden aan het bezit van een woning, waaronder kosten van hypotheek, verzekeringspremies, beleggings- en kapitaalverzekeringen ten behoeve van de eigen woning, bij aanvang van de verzekering.
- 9. Eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid**
De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, waarvoor geen uitkering krachtens deze verzekering wordt verstrekt.
- 10. Eerste dag van arbeidsongeschiktheid**
De dag waar op verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een medicus heeft gesteld.
- 11. Werkloosheid**
Het aan verzekerde niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking die uit hoofde van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor tenminste 16 uur per kalenderweek in Nederland werd vervuld. Er is sprake van voortdurende werkloosheid zolang verzekerde niet geheel of gedeeltelijk een nieuwe dienstbetrekking aanvaardt.
- 12. Eerste dag van werkloosheid**
Als eerste dag van werkloosheid wordt aangemerkt:
 - a. de dag dat, op grond van een door de Raad van Bestuur van het CWI of degene die ingevolge wettelijke bepaling zijn bevoegdheid overneemt verleende vergunning en met inachtneming van de wettelijke opzegtermijn, ontslag is verleend,
 - b. de dag waartegen de Kantonrechter op een daartoe strekkend verzoek van de werkgever, als bedoeld in artikel 7:685 BW de arbeidsovereenkomst heeft ontbonden, vermeerderd met de "fictieve" opzegtermijn zoals bedoeld in artikel 16 lid 3 van de Werkloosheidswet,
 - c. de dag dat de aanstelling door het bevoegde gezag met inachtneming van de van kracht zijnde rechtspositie regelingen is beëindigd.
- 13. Eigen risico periode in geval van werkloosheid**
De op het polisblad als zodanig vermelde periode, te rekenen vanaf de eerste dag van werkloosheid, waarvoor geen uitkering krachtens deze verzekering wordt verstrekt.

Artikel 2 Omschrijving van de dekking

- 1. Grondslag van de verzekering**
 - a. De rechten en verplichtingen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst blijken uit het polisblad en deze voorwaarden.
 - b. De door verzekerde verstrekte inlichtingen en (gezondheids)verklaringen vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel te vormen.
 - c. Indien de in de vorige volzin bedoelde inlichtingen en verklaringen in enig opzicht onjuist of onwaarachtig blijken te zijn en de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden zou hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen. Geen uitkering is verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
- 2. Maximum uitkering**
 - a. Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal 100% van de bruto maandlasten van de verzekerde met een maximum van € 2.500,- per maand.
 - b. Indien het verzekerd maandbedrag hoger is dan de bruto maandlasten, dan behoudt verzekeraar zich het recht om bij een eventuele schade-uitkering het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de "78 methode" worden terugbetaald.
 - c. De af te sluiten dekking bij werkloosheid mag door verzekerde alleen gesloten worden in combinatie met een dekking bij arbeidsongeschiktheid, waarbij het verzekerd bedrag voor de werkloosheidsdekking niet hoger mag zijn dan de dekking bij arbeidsongeschiktheid.

Artikel 3 Uitsluitingen

- 1. Algemene uitsluitingen**
Er bestaat geen recht op uitkering krachtens deze verzekering indien het verzekerd voorval het gevolg is van:
 - a. opzet of grove schuld van verzekerde, dan wel door een bij de uitkering belanghebbende;
 - b. bovenmatig gebruik van alcohol of gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, stimulerende of verdovende middelen, anders dan op medisch voorschrift;
 - c. een verkeersongeval veroorzaakt door verzekerde als bestuurder van een voertuig en verzekerde daarbij het wettelijk toegestane alcohol promillage heeft overschreden;
 - d. gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. Deze vormen van molest, alsmede de definities ervan, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank 's-Gravenhage is gedeponeed;
 - e. atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een toegepaste medische behandeling;
 - f. terrorisme en/of kwaadwillige besmetting, de definities hiervan maken onderdeel uit van de tekst die door de Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam is gedeponeed.

2. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan,

- a. voor ingangsdatum van de polis;
- b. bevordert of verergerd door de op het polisblad vermelde uitgesloten aandoening, letsel of ziekte.

Artikel 4 Premie

1. Premiebetaling

De gekozen premiebetaalwijze, alsmede indien van toepassing de periode waarvoor de koopsompremie verschuldigd is, blijkt uit het polisblad.

- a. Indien deze verzekering op basis van koopsompremie is aangegaan dient deze bij vooruitbetaling bij het aangaan van deze overeenkomst eenmalig te worden betaald.
- b. Indien deze verzekering tegen maandpremiebetaling is gesloten dient deze bij vooruitbetaling te worden voldaan door middel van een door verzekerde afgegeven incassomachtiging. De verplichting tot premiebetaling is niet van toepassing tijdens de periode van uitkering.
- c. Indien de maandelijks verschuldigde premie niet binnen 30 dagen wordt voldaan, heeft verzekeraar het recht om, na het stellen van een termijn van tenminste veertien dagen waarbinnen verzekerde alsnog aan zijn/haar verplichtingen kan voldoen, de dekking uit hoofde van deze verzekering te schorsen.
- d. Gedurende de schorsing van de verzekering is de verzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen.
- e. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag volgend op de dag waarop de premie is ontvangen.

2. Premierestitutie

- a. Restitutie van premie die als koopsom is voldaan vindt uitsluitend plaats indien er geen uitkering of voorschot op grond van deze verzekering door verzekeraar verricht is en alleen in geval van beëindiging van de verzekering op grond van het bepaalde in artikel 5 en artikel 10. De restitutie wordt in alle gevallen, met uitzondering van de annulering binnen 14 dagen na de ingangsdatum, berekend aan de hand van de "78-methode".
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de betaalde koopsom te vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)/(N-T+1)/N(N+1)$, waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie, en vervolgens te verminderen met het in lid d van dit artikel genoemde bedrag voor gemaakte kosten
- c. In geval van annulering binnen 14 dagen zal de volledige premie worden terug betaald.
- d. In alle gevallen van restitutie van premie die als koopsom is voldaan, zal deze geschieden onder inhouding van EUR 25,- voor gemaakte kosten. Er vindt geen restitutie plaats indien het te restitueren bedrag lager is dan EUR 50,-.
- e. Restitutie van de maandelijks premiebetaling vindt alleen plaats indien deze is betaald na de datum waarop de verzekeraar in kennis is gesteld van de beëindiging, tenzij tegen een latere datum wordt opgezegd.

Artikel 5 Wijziging van de verzekering

1. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen.
2. Een herziening treedt in werking 60 dagen na schriftelijke mededeling van de herziening aan verzekerde.
3. Verzekerde heeft het recht de wijziging, indien deze leidt tot een hogere premie en/of beperking van de voorwaarden, schriftelijk te weigeren binnen 60 dagen nadat hem/haar hiervan mededeling is gedaan. In dat geval eindigt de verzekering op de dag na ontvangst van de schriftelijke kennisgeving door verzekeraar.
4. Indien op de dag van inwerkingtreding van de herziening onder de oude voorwaarden een recht op een uitkering is erkend, treedt de herziening ten aanzien van die verzekerde en met betrekking tot dat voorval pas in werking op het moment dat het recht op uitkering is geëindigd.

Artikel 6 Vaststelling van de uitkering bij arbeidsongeschiktheid

1. Uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

- a. De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van een maand na het verstrijken van de eigen risico periode.
- b. Het recht op uitkering gaat in na een aaneengesloten periode van arbeidsongeschiktheid van tenminste een maand met terugwerkende kracht tot de eerste dag volgend op de eigen risico periode.
- c. Perioden van arbeidsongeschiktheid die elkaar opvolgen met tussenpozen van minder dan 4 weken worden samengeteld.
- d. Er kan alleen aanspraak worden gemaakt op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien verzekerde ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig en voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam was (zelfstandige ondernemers zijn uitgesloten).

2. Uitkeringshoogte

- a. Het verzekerd maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 80 tot 100%.
- b. Het verzekerd maandbedrag wordt gedeeltelijk uitgekeerd bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% tot 80%, waarbij voor de berekening van het exact uit te keren verzekerd maandbedrag het op het polisblad vermelde verzekerd maandbedrag wordt vermenigvuldigd met het percentage in de hieronder vermelde tabel.
De uitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid:

van 35% tot 45%	40% van de verzekerde rente;
van 45% tot 55%	50% van de verzekerde rente;
van 55% tot 65%	60% van de verzekerde rente;
van 65% tot 80%	75% van de verzekerde rente;
van 80% tot 100%	100% van de verzekerde rente.
- c. Indien er sprake is van een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 35%, wordt geen uitkering verstrekt.

3. Uitkeringsduur in geval van arbeidsongeschiktheid:

- a. Enige uitkering geschiedt maximaal tot de einddatum welke is vermeld op het polisblad.
- b. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.

4. Mededelingen

Verzekeraar doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling na ontvangst van de relevante gegevens. Indien tegen de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet binnen 60 dagen schriftelijk

bezwaar wordt gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.

5. Arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede jaar

a. Vaststelling arbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar is sprake, indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is voor werkzaamheden die in de regel en redelijkerwijs van hem kunnen worden verlangd.
2. De mate van arbeidsongeschiktheid, alsmede de periode waarvoor deze zal gelden, zal door verzekeraar worden vastgesteld aan de hand van gegevens van, door verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen, zoals een arbodienst, de werkgever of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.
3. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals genoemd in lid 5.a.1 van dit artikel, beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.

b. Uren criterium

Gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde (in het kader van reïntegratie, al dan niet aangepaste) werkzaamheden verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte.

c. Arbeid zonder loonwaarde

Werkzaamheden die op basis van arbeid zonder loonwaarde (arbeidstherapeutische basis) worden verricht blijven bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid buiten beschouwing.

6. Arbeidsongeschiktheid na het tweede jaar

a. Vaststelling arbeidsongeschiktheid

1. Van arbeidsongeschiktheid na het tweede jaar is sprake, als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheids wetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.
2. Na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, belaste instantie afgegeven beschikking.

b. Vaststelling arbeidsongeschiktheid bij maatschappijbeoordeling (passende arbeid)

1. Indien door verzekerde gekozen is voor beoordeling door de verzekeraar (maatschappijbeoordeling) wordt, in afwijking van artikel 5 lid 6.a, de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarin deze geldt vastgesteld aan de hand van gegevens van door haar aangewezen medische en andere deskundigen.
2. Van arbeidsongeschiktheid bij maatschappijbeoordeling is uitsluitend sprake indien bij de verzekerde in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en

die, gelet op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid van hem kunnen worden verlangd. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verminderde kans op het verkrijgen van arbeid.

3. Een medisch objectief vast te stellen stoornis, zoals genoemd in lid 6.b.2 van dit artikel, beperkt zich niet tot weefselbeschadigingen, maar kan ook worden vastgesteld op basis van klachten - die weliswaar subjectief van aard - zijn, maar waarvan objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel en niet ingebeeld, voorgewend of overdreven zijn.
4. Alleen functies die hoogstens één (ARBI-)niveau lager liggen dan de oorspronkelijke functie worden als passend beschouwd.

7. Betalingen in geval van arbeidsongeschiktheid

De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na afloop van de arbeidsongeschiktheidperiode en zo spoedig mogelijk na ontvangst van de bescheiden welke voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk worden geacht. Verzekeraar is bevoegd voorschotten op de uitkering te betalen.

Artikel 7 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

Verzekerde is ingeval van arbeidsongeschiktheid verplicht:

1. zich direct onder behandeling van een medicus te stellen en al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en al datgene na te laten wat herstel kan vertragen of verhinderen;
2. om verzekeraar na 6 maanden van voortdurende arbeidsongeschiktheid hiervan in kennis te stellen;
3. zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen 30 dagen na het verstrijken van de eigen risico periode in geval van arbeidsongeschiktheid schriftelijk mededeling daarvan te doen aan verzekeraar. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan verzekeraar te zijn geretourneerd;
4. zich desgevraagd op kosten van verzekeraar door een door of namens verzekeraar aan te wijzen medicus te laten onderzoeken;
5. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken, en zo nodig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden arbeidsongeschiktheid;
6. zich na intreden van arbeidsongeschiktheid te onthouden van alles waardoor de belangen van verzekeraar worden of zouden kunnen worden geschaad;
7. verzekeraar terstond op de hoogte te stellen van zijn/haar geheel of gedeeltelijk herstel.

Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, kan leiden tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.

Artikel 8 Bepalingen in geval van werkloosheid

1. Uitkeringsduur in geval van werkloosheid

De op het polisblad vermelde maximale uitkeringsduur per schadegeval.

2. Uitkering in geval van werkloosheid

- a. De verzekering in geval van werkloosheid kan alleen worden ingeroepen indien de werkloosheid in Nederland ontstaat en verzekerde in de 6 maanden direct voorafgaand aan de werkloosheid voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling voor bepaalde of

- onbepaalde tijd in Nederland werkzaam was en volledig arbeidsgeschikt is.
- b. De verzekering voorziet in geval van werkloosheid in een uitkering ter grootte van het aantal maanden dat, na het verstrijken van de eigen risico periode in geval van werkloosheid, de werkloosheid heeft voortgeduurd tot maximaal de uitkeringsduur in geval van werkloosheid, vermenigvuldigd met het verzekerd maandbedrag.
 - c. Verzekerde kan tijdens de looptijd van de verzekering in geval van werkloosheid opnieuw aanspraak op een uitkering maken indien hij/zij gedurende een periode van tenminste 6 maanden voorafgaand aan de opnieuw opgetreden werkloosheid een dienstbetrekking of aanstelling in de zin van deze voorwaarden heeft vervuld en verder voldoet aan de vereisten die deze voorwaarden aan het recht op uitkering in geval van werkloosheid stellen. De na deze periode opnieuw opgetreden werkloosheid wordt in dat geval als een nieuwe schade aangemerkt. Indien de hernieuwde werkloosheid binnen 6 maanden na het einde van werkloosheid waarvoor een uitkering werd verleend optreedt wordt dit als een voortzetting van de eerdere werkloosheid aangemerkt.
 - d. Verzekeraar doet ten spoedigste mededeling van een vaststelling aan verzekerde. Indien niet binnen 60 dagen na verzending tegen een vaststelling bezwaar is gemaakt, geldt de vaststelling als aanvaard.
 - e. Het recht op uitkering vervalt op de dag waarop een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur wederzijds niet-verlenging op de einddatum zou zijn geëindigd, indien deze uitkering het gevolg was van het niet te verwijten onvrijwillige verlies van de volledige dienstbetrekking volgens het in lid 1 van dit artikel bepaalde.
 - f. Het recht op uitkering vervalt op het moment dat de verzekering eindigt.
- 3. Uitsluitingen van het recht op uitkering in geval van werkloosheid**
- a. Onverminderd de algemene uitsluitingen bestaat er geen recht op uitkering indien de werkloosheid het gevolg is van:
 1. het verstrijken van de overeengekomen duur van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling voor bepaalde tijd,
 2. opzegging door de werkgever op grond van dringende aan de werknemer onverwijld medegedeelde redenen. Als dringende redenen worden beschouwd zodanige daden, eigenschappen of gedragingen van de werknemer die tengevolge hebben dat van de werkgever redelijkerwijs niet verlangd kan worden de dienstbetrekking te laten voortduren,
 3. ontbinding van de arbeidsovereenkomst wegens gewichtige redenen, voor zover als gewichtige redenen worden beschouwd de dringende redenen als bedoeld in de voorgaande zin,
 4. een terugkerend feit of seizoensgebonden werkvermindering, zoals bijv. seizoenarbeid, dan wel een feit dat tot de aard van het werk of de functie behoort, zoals bijv. vorstverlet,
 5. een op de ingangsdatum van deze verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid ongeacht de mate waar in deze bestond.
 - b. Er bestaat geen recht op uitkering indien:
 1. verzekerde niet kan aantonen dat hij een loongerelateerde uitkering ontvangt in verband met zijn werkloosheid, alsmede gedurende de periode dat deze laatst genoemde uitkering door de daarmee belaste instantie wordt gekort als gevolg van het niet naleven van de daaraan gestelde regels of omdat verzekerde niet langer volledig werkloos wordt geacht,
 2. verzekerde voor het sluiten van de verzekering al op de hoogte was van het naderende ontslag,
 3. de werkloosheid in de eerste 180 dagen volgend op de ingangsdatum van deze verzekering ontstaat.
 - c. Er bestaat geen recht op uitkering indien de verzekerde die krachtens aanstelling in openbare dienst werkzaam is, ontslagen wordt op grond van:
 1. onherroepelijk geworden veroordeling tot vrijheidsstraf wegens misdrijf,
 2. het bij of in verband met indiensttreding en/of keuring verstrekken van onjuiste of onvolledige inlichtingen, zonder welke handelwijze niet tot indienstneming of goedkeuring zou zijn overgegaan,
 3. weigering van een voor hem/haar passend geoordeelde vervangende betrekking.
 - d. Indien en voor zover verzekerde recht heeft op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst heeft verzekerde geen recht op een uitkering in geval van werkloosheid.
- 4. Verplichtingen in geval van werkloosheid**
- Verzekerde is in geval van werkloosheid verplicht:
- a. zich te houden aan de voorschriften en de instructies van het CWI en de instanties belast met de uitvoering van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling,
 - b. zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen 30 dagen na de eerste dag van werkloosheid schriftelijk aan verzekeraar daar van mededeling te doen. Verzekeraar zal aan verzekerde een formulier ter beschikking stellen waarmee deze een verzoek tot uitkering kan doen. Dit formulier dient binnen 2 weken nadat het door verzekeraar is verzonden door verzekerde aan de verzekeraar te zijn geretourneerd,
 - c. alle door of namens verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken en zondig verzekeraar te machtigen inlichtingen in te winnen met betrekking tot de opgetreden werkloosheid,
 - d. zich na het intreden van werkloosheid te onthouden van alle handelingen waardoor belangen van de verzekeraar worden of kunnen worden geschaad,
 - e. ten genoegen van de verzekeraar aan de te tonen dat hij/zij een uitkering op grond van de WW of de toepasselijke wachtgeldregeling ontvangt door periodiek afschriften van de terzake gedane mededelingen van de instanties belast met de uitvoering van die regeling, te overleggen,
 - f. verzekeraar machtiging te verlenen om bij de instanties bedoeld in de vorige volzin inlichtingen in te winnen in verband met de uitkering die verzekerde geniet,
 - g. tijdig met de verzekeraar te overleggen bij vertrek naar het buitenland voor een periode langer dan 30 dagen,
 - h. Verzekeraar terstond op de hoogte te stellen wanneer hij/zij een nieuw dienstverband is aangegaan.
- Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit deze voorwaarden, leidt tot verval van het recht op uitkering indien verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.
- 5. Betalingen in geval van werkloosheid**
- De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigde uitkering geschiedt zo spoedig mogelijk na afloop van de werkloosheidsperiode en zo spoedig mogelijk na ontvangst van de bescheiden welke voor het beoordelen van het recht op uitkering door verzekeraar noodzakelijk wordt geacht. Verzekeraar is bevoegd voorschotten op de uitkering te betalen.

Artikel 9 Bepalingen voor de extra uitkering

1. Uitkering bij overlijden door ongeval

- a. Indien verzekerde binnen 730 dagen aan de gevolgen van een ongeval overlijdt, wordt een eenmalige uitkering gedaan van vierentwintig maal de op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag bij arbeidsongeschiktheid.
- b. Onder ongeval wordt verstaan een plotseling van buitenaf komend onvrijwillig op het lichaam inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen letsel tot gevolg heeft.

2. Begunstigde van de uitkering

De uitkering geschiedt aan de echtgen(o)ot(e) of partner van de verzekerde indien hij hiermee duurzaam samenwoonde en bij het ontbreken hiervan aan de erfgenamen van de verzekerde.
De begunstigde voor de extra dekking is verplicht bij overlijden tengevolge van ongeval ten minste 48 uur voor de begrafenis of crematie de verzekeraar op de hoogte te stellen en desgevraagd alle medewerking te verlenen bij het vaststellen van de doodsoorzaak.

3. Uitsluitingen

- Naast de algemene uitsluitingen geldt dat er geen recht is op extra uitkering bij overlijden als het overlijden het rechtstreeks gevolg is van:
- a. vechtpartijen of waagstukken anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging, redding of behoud van personen, dieren of goederen;
 - b. het plegen van of de deelneming aan een misdrijf of een poging daartoe;
 - c. deelneming aan beroepssport;
 - d. deelneming aan luchtvaart anders dan als passagier die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt.

Artikel 10 Duur en einde van de verzekering

1. Ingang en einde van de verzekering

Deze verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde ingangsdatum.

2. Ingang bij koopsom

Indien deze verzekering tegen betaling van een koopsom premie is aangegaan dan is de ingangsdatum gelijk aan de datum waarop de verschuldigde koopsom door verzekeraar wordt ontvangen mits deze betaling binnen 6 maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan plaatsvindt en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert.

3. Ingang bij maandpremie

Indien deze verzekering tegen maandpremie is gesloten dan is de ingangsdatum gelijk aan de op het aanvraagformulier vermelde gewenste ingangsdatum, mits de gewenste ingangsdatum binnen 6 maanden na de datum waarop de aanvraag voor deze verzekering werd gedaan is gelegen en verzekeraar voordien een bevestiging heeft afgegeven waaruit blijkt dat deze de verzekering, al dan niet onder het stellen van beperkende voorwaarden, accepteert. De eerste premie incasso dient binnen dertig dagen na de ingangsdatum te slagen. Indien de eerste premie incasso niet binnen dertig dagen slaagt wordt de verzekering geacht niet tot stand te zijn gekomen.

4. Annuleringstermijn

Verzekerde heeft het recht om deze verzekering schriftelijk binnen 14 dagen na de ingangsdatum te annuleren.

5. Einde van de verzekering

Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald omtrent opzegging en/of beëindiging van de verzekering, eindigt deze:

- a. op de einddatum van de verzekering;
- b. op de dag waarop verzekerde overlijdt;
- c. op de dag waarop verzekerde gebruik maakt van een VUT- regeling of met (pre-)pensioen gaat;
- d. op de dag waarop verzekerde 65 jaar wordt;
- e. op de dag dat verzekerde gedurende twee jaar geen hypothecaire geldlening heeft gehad.

In geval de verzekering tegen koopsom is gesloten geldt dat verzekerde gedurende de looptijd de verzekering na verloop van telkens 5 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum, kan opzeggen per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven. Verzekerde dient hierbij een opzegtermijn van 2 maanden in acht te nemen. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekerde heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de eerstkomende vijfjaarlijkse contractsvervaldatum.

6. Algemene verplichtingen

Indien één van de beëindiginggronden, zoals beschreven in lid 5 van dit artikel zich voordoet, dient de verzekerde, of ingeval van overlijden zijn of haar nabestaande, zich te wenden tot de tussenpersoon door wiens bemiddeling de verzekering tot stand is gekomen ter verkrijging van een beëindigingformulier.

Artikel 11 Vervaltermijnen

1. Indien verzekeraar weigert een uitkering of betaling te doen, dient verzekerde binnen één jaar na de datum van weigering een geschil aanhangig te maken bij de bevoegde rechter op straffe van verval van rechten ontleend aan de verzekeringsovereenkomst.
2. Onverminderd hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald vervallen alle vorderingen op verzekeraar uit hoofde van of in verband met de verzekering na verloop van drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop een aanspraak uit hoofde van of in verband met de verzekering ontstond.

Artikel 12 Klachten en geschillen

1. Recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

2. Klachten en geschillen

Vragen of klachten met betrekking tot deze verzekering of de uitvoering daarvan door de verzekeraar kunnen worden voorgelegd aan de verzekeraar onder vermelding van het polisnummer. Verzekeraar zal voorgelegde vragen of klachten zo spoedig mogelijk beantwoorden. Indien verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van vragen of klachten door verzekeraar kunnen deze worden voorgelegd aan de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag of aan de Raad van Toezicht Verzekeringen.

De verzekeraar is bij de stichting Klachteninstituut Verzekeringen aangesloten. Verzekeraar conformeert zich aan de uitspraken van de Raad van Toezicht Verzekeringen.

Alle geschillen in verband met of voortvloeiende uit deze overeenkomst, die niet op de hiervoor beschreven wijze kunnen worden opgelost, dienen ter beslechting worden voorgelegd aan de daartoe bevoegde rechter.

Artikel 13 Adressering en kennisgeving

Kennisgevingen door of namens verzekeraar aan verzekerde geschieden rechtsgeldig aan het diens laatste, bij verzekeraar bekende adres.

Kennisgevingen door verzekerde aan verzekeraar geschieden rechtsgeldig indien zij zijn gericht aan verzekeraar.

Artikel 14 Registratie persoonsgegevens

De op het polisblad opgenomen persoonsgegevens en de eventueel nader door verzekerde te verstrekken persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de verzekeraar beheerde verzekerdenregistratie. Deze registratie is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) te 's -Gravenhage