



CARDIF

A BNP PARIBAS company

CARDIF HYPOTHEEKBESCHERMING ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN HOP 0708

Daar waar in de algemene verzekeringsvoorwaarden de formulering "hij" wordt gebruikt, kan ook "zij" gelezen worden.

Algemene bepalingen

Art. 1 Begripsomschrijvingen:

- a. **Verzekeraar:** CARDIF Schadeverzekeringen N.V., Hoeverstein 28, 4903 SC te Oosterhout. Cardif Schadeverzekeringen N.V. is aanbieder van schadeverzekeringen en is bij de Autoriteit Financiële Markten in het Wft-vergunningenregister ingeschreven onder nummer 12000652.
- b. **Verzekeringnemer:** de persoon die met verzekeraar de polis is aangegaan of diens rechtsopvolger(s) bij overlijden van verzekeringnemer.
- c. **Verzekerde:** de natuurlijke persoon op wiens lijf of leven de verzekering is aangegaan, die gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland woonachtig is en voorts premieplichtig en/of uitkeringsgerechtigd is krachtens de Nederlandse werknemersverzekeringen. Laatstgenoemd vereiste is enkel van toepassing op de module werkloosheid, waardoor deze module niet door een zelfstandig ondernemer is af te sluiten.
- d. **Verzekerd maandbedrag:** het op het polisblad aangegeven verzekerde maandbedrag met een minimum van euro 125,- en een maximum van euro 2.500,- per verzekerde per soortgelijke module bij Cardif Schadeverzekeringen N.V. Indien het verzekerd maandbedrag bij het aangaan van de verzekering hoger is dan 100% van de bruto woonlasten per maand van verzekerde zonder dat dit aan verzekeraar schriftelijk kenbaar is gemaakt, dan behoudt verzekeraar zich het recht voor bij een eventuele schade-uitkering het verzekerd maandbedrag naar rato te verlagen. De te veel betaalde premie zal in dat geval op basis van de 78- methode en onder inhouding van kosten worden terugbetaald. Het verzekerd maandbedrag mag nooit hoger zijn dan 80% van het maandelijks inkomen van verzekerde.
- e. **Bruto woonlasten per maand:** de aantoonbare financiële maandlasten voortvloeiend uit huur of hypotheek, vermeerderd met maximaal 20% voor andere vaste lasten ten behoeve van wonen zoals verzekeringspremies, energielasten en gemeentelijke heffingen.
- f. **Verzekerd kapitaal bij ernstige aandoeningen:** het op het polisblad aangegeven verzekerde kapitaal met een maximum van euro 50.000,- per verzekerde.
- g. **Eigen risicoperiode:** de periode waarin verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risicoperiode is van toepassing op elke, ook zich recidiverende, ziekte en vangt aan op de dag waarop door een arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld.
- h. **Ziekte:** een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, evenals een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering al openbaar had, mits, gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgehad en verzekerde gedurende deze periode voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.
- i. **Ongeval:** een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.
- j. **Tussenpersoon:** de rechtspersoon of natuurlijke persoon door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.
- k. **Ernstige aandoening:** een van de volgende aandoeningen:
 1. Verworven hartaandoening, al dan niet op basis van

- een hartinfarct, waarbij een functieverlies van de linker hartkamer optreedt, zodanig dat de ejectiefraction van de linkerhartkamer is afgenomen tot 35% of minder;
2. Hersenletsel, al dan niet met infarct: elk plotseling optredend gedeeltelijk verlies van de hersenfunctie als gevolg van een verminderde hersendoorbloeding (bijv. door blokkering van een of meerdere hersenvaten) of contusio cerebri (hersenschudding), die resulteert in onomkeerbare neurologische uitval met een functionele invaliditeit van tenminste 20% van de gehele mens. Bewijs van onomkeerbare neurologische uitval zal moeten worden geleverd;
3. Kanker: de manifestatie van een kwaadaardige tumor inclusief leukemie en ziekte van Hodgkin. De diagnose moet worden ondersteund door histologisch bewijs van kwaadaardigheid;
4. Eindstadium van nierfalen: zich presenterend als chronisch onomkeerbaar functieverlies van beide nieren, als gevolg waarvan nieraalysie of een niertransplantatie wordt uitgevoerd;
5. Transplantatie van belangrijke organen: het ondergaan van een transplantatie van hart en/of longen, nier(en), lever of beenmerg;
6. Derdegraads brandwonden, waarbij tenminste 20% van het huidoppervlak is getroffen.

l. **Zelfstandig ondernemer:** de persoon die:

1. Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een bedrijf uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of
 2. Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of
 3. Als directeur-aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.
- m. **Polis:** de verzekeringsovereenkomst tussen verzekeringnemer en verzekeraar, vastgelegd in onder meer het polisblad, eventuele aanvullende clausulebladen, de op het polisblad vermelde algemene verzekeringsvoorwaarden en de stukken zoals bedoeld in artikel 2a.
- n. **UWV:** Uitvoeringsinstituut Werknemers- verzekeringen

Art. 2 Grondslag van de verzekering:

- a. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer op het aanvraagformulier, op de medische vragenlijst(en) en (uitgebreide) gezondheidsverklaring(en) en bij de medisch(e) keuring(en), vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel te vormen.
- b. Bij elke opzettelijke onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen zoals vermeld in artikel 2a heeft verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen conform artikel 4 lid d5. Bij elke andere onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen zoals vermeld in artikel 2a, heeft verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen indien bij de ware stand van zaken verzekeraar het risico niet geaccepteerd zou hebben. Indien bij de ware stand van zaken het risico onder andere voorwaarden geaccepteerd kan worden, dan heeft verzekeraar het recht de polis aan te passen en heeft verzekeringnemer de keuze deze aanpassing te accepteren of de verzekering te beëindigen.
- c. Indien gedurende de looptijd van een module het oorspronkelijk verzekerde maandbedrag/kapitaal en/of de verzekerde dekking wordt/worden verhoogd en/of verlengd, dan gelden, met uitzondering van lid d van dit artikel, met betrekking tot dit verhoogde en/of verlengde deel wederom alle (medische) waarborgen, dekkingsbeperkingen en/of uitsluitingen die van toepassing zouden zijn indien op dat moment een nieuwe polis zou zijn aangegaan.
- d. Verzekeringnemer heeft het recht om verzekeraar uiterlijk twee maanden voor de optiedatum schriftelijk te verzoeken om zonder nieuwe gezondheidswaarborgen het op dat moment van toepassing zijnde verzekerde maandbedrag te verhogen of te verlagen met maximaal 20%. De optiedatum is de datum waarop de eerste premieperiode is

verstrekt. De eerste premieperiode staat vermeld op het polisblad. Staat er op het polisblad geen eerste premieperiode dan is de optiedatum de datum waarop de polis 120 maanden heeft gelopen te rekenen vanaf de ingangsdatum. Na ontvangst door verzekeraar van het door verzekeringnemer ondertekende schriftelijke verzoek hiertoe stelt verzekeraar de voorwaarden en de premieverhoging of premieverlaging vast aan de hand van de stukken genoemd in lid a van dit artikel en de geldende acceptatieregels. Voor verhoging van het verzekerde maandbedrag gelden verder de volgende voorwaarden:

1. verzekerde is op de optiedatum jonger dan 51 jaar;
2. voor de module arbeidsongeschiktheid is verzekerde op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek en gedurende de 90 dagen daarvoor volledig arbeidsgeschikt en neemt verzekerde betaald en actief deel aan het arbeidsproces;
3. voor de module werkloosheid neemt verzekerde op het moment van ondertekening van het verhogingsverzoek voor tenminste 18 uur per week betaald en actief deel aan het arbeidsproces en heeft op dat moment geen voorkennis omtrent zijn ontslag of over een dreiging van zijn ontslag;
4. het verzekerde maandbedrag dient na verhoging te vallen binnen de normen zoals beschreven in artikel 1d.

Art. 3 Omvang van de dekking:

Deze verzekering bestaat in totaal uit maximaal drie modules per verzekerde. De voor elke verzekerde van toepassing zijnde module(s) staat/staan beschreven op het polisblad. De dekking van elke module is nader omschreven in de bijzondere bepalingen, welke behoren bij deze algemene bepalingen en daarmee één geheel vormen.

Art. 4 Aanvang, duur en einde van de modules:

- a. Elke module van de polis is, met inachtneming van hetgeen bepaald in artikel 11, van kracht vanaf de ingangsdatum zoals op het polisblad vermeld.
- b. De verzekeringnemer heeft het recht per aangetekend schrijven de polis op te zeggen binnen 30 dagen na de ingangsdatum. Dit kan uitsluitend geschieden door het originele polisblad te retourneren aan verzekeraar. Verzekeraar zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten onder aftrek van hetgeen bepaald in artikel 13 over medische keuringskosten.
- c. Een module is aangegaan voor de looptijd zoals op het polisblad vermeld. Indien blijkt dat wegens de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid d2 van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast conform artikel 11.
- d. Een module eindigt voor een verzekerde onverminderd het elders in deze voorwaarden bepaalde over opzegging en beëindiging van de verzekering, wanneer één van de volgende situaties zich voordoet:
 1. op de einddatum van de module, zoals vermeld op het polisblad;
 2. op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt;
 3. op de datum van het overlijden van verzekerde;
 4. op de datum dat verzekerde emigreert;
 5. indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;
 6. indien verzekerde geen lasten meer heeft door het volledig verval van de verplichtingen voortvloeiend uit huur of hypotheek;
 7. bij niet betalen van de premie: met ingang van de 61ste dag nadat de premie verschuldigd was; Bovendien eindigen de modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid voor een verzekerde ook:
 8. indien verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
 9. indien verzekerde de actieve beroepsbzigheden definitief stopzet onder een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid; Bovendien eindigt de module werkloosheid voor een verzekerde ook:

10. indien verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer.

Een module eindigt, in geval van maandpremiebetaling, naast de in de hierboven genoemde gevallen, tevens:

11. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voor deze datum per aan de verzekeraar gericht aangetekend schrijven de verzekering heeft opgezegd. De contractsvervaldatum is de datum waarop de module steeds één vol jaar heeft gelopen te rekenen vanaf de ingangsdatum van de module.
- e. Voor een polis op basis van koopsompremiebetaling geldt dat verzekeringnemer 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. Verzekeringnemer dient hierbij een opzegtermijn van twee maanden in acht te nemen. Samen met het schrijven dient het originele polisblad of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Een schade ontstaan uit een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan in de periode nadat verzekeringnemer heeft opgezegd zal enkel kunnen leiden tot recht op uitkering voor de periode tot aan de eerstkomende vijfjaarlijkse contractsvervaldatum waartegen is opgezegd.

Art. 5 Algemene uitsluitingen:

Voor elke module in deze verzekering geldt dat er geen recht op uitkering bestaat indien:

- a. blijkt, dat op de ingangsdatum van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2, zo veranderd is, dat verzekeraar het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar te melden;
- b. het schadegeval het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld van verzekeringnemer of verzekerde of aan opzet of grove schuld van een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend;
- c. het schadegeval niet binnen de verplichte termijn van aanmelding wordt gemeld;
- d. verzekerde bij aanvang van de verzekering jonger was dan 18 jaar, respectievelijk ouder was dan 60 jaar;
- e. het schadegeval (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van alcohol (waarbij het bloedalcoholgehalte van verzekerde 0,8 promille of hoger is, of het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger is), verdovende middelen, bedwelmende, opwekkende en soortgelijke middelen of het gebruik door verzekerde van niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen of niet voorgeschreven doses van geneesmiddelen;
- f. het schadegeval ontstaat of wordt bevorderd of verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd onder nummer 136/1981;
- g. het schadegeval is veroorzaakt door, opgetreden is bij of voortgevloeid is uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

Art. 6 Schade:

- a. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat het schadegeval zich heeft voorgedaan, kennis te geven van de ontstane schade.
- b. Na de eerste schademelding ontvangt verzekerde en/of verzekeringnemer een schadeformulier. Dit formulier dient, in overeenstemming met de instructies, ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd aan CARDIF Schadeverzekeringen N.V., t.a.v. de afdeling claims, postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout.
- c. Verzekeraar wordt niet ontslagen van zijn verplichting tot behandeling van de schade, indien aangetoond kan worden, dat door overmacht de melding niet binnen de gestelde periode kon worden gedaan en verzekeraar niet in zijn belangen is geschaad door de te late schademelding. Wordt de schademelding gedaan na de datum waarop recht op uitkering is ontstaan én na de termijn zoals vermeld in lid a van dit artikel, dan bestaat enkel recht op uitkering over de periode na de datum waarop de schade is gemeld.

Art. 7 Begunstiging:

Enige uitkering krachtens de verzekerde module(s) zal geschieden aan verzekeringnemer.

Art. 8 Einde van (het recht op) uitkering:

- a. Een periodieke uitkering eindigt:
 1. op de dag waarop de schade die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan;
 2. op de dag dat de betreffende module eindigt conform artikel 4d;
 3. indien verzekeraar het maximale aantal uitkeringen heeft gedaan voor een module, zoals beschreven in de bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.
- b. Indien verzekerde of verzekeringnemer één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in de bijzondere bepalingen niet of niet volledig is nagekomen, en daardoor de belangen van de verzekeraar heeft geschaad, bestaat geen recht op enige uitkering. Elke aanspraak op enige vergoeding, premierestitutie daaronder begrepen, komt tevens te vervallen.

Art. 9 Terugvordering:

Verzekeraar heeft te allen tijde het recht onverschuldigd gedane uitkeringen terug te vorderen.

Art. 10 Maximale uitkering:

Het voor de Hypotheek Opvang Polis maximaal uit te keren bedrag bij CARDIF Schadeverzekeringen N.V. tezamen met eventuele overige soortgelijke verzekeringen, bedraagt euro 600.000,- per verzekerde.

Art. 11 Premiebetaling:

- a. In geval van koopsompremiebetaling:
 1. Dient de koopsompremie door verzekeraar te zijn ontvangen voordat de dekking van kracht wordt. Verzekeraar zal de datum waarop de koopsompremie door verzekeraar is ontvangen aanhouden als ingangsdatum van de verzekering.
 2. Indien verzekeraar een lagere koopsompremie ontvangt dan vermeld op het door verzekeraar afgegeven acceptatiebewijs, dan zal het aangevraagde verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsompremie.
 3. Indien verzekeraar op een later moment de koopsom incasseert dan de ingangsdatum die is aangegeven op het aanvraagformulier (i.v.m. wijziging passeerdatum) en wanneer daardoor de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier van een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform artikel 4 lid d2, dan zal verzekeraar de looptijd verkorten en het verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata verlagen.
 4. Indien verzekeraar de koopsom op een later moment ontvangt dan de ingangsdatum die is aangegeven op het aanvraagformulier en wanneer daardoor de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier van een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform artikel 4 lid d2, dan zal verzekeraar de looptijd verkorten en het verzekerd maandbedrag of kapitaal pro rata verhogen.
- b. In geval van maandpremiebetaling:
 1. De minimale maandelijkse premie bedraagt euro 10,-. De premie wordt maandelijks automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier vermelde bank- of girorekeningnummer. Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso niet mogelijk is. Indien automatische incasso niet mogelijk is, dan dient verzekeringnemer binnen 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van dagtekening van de aanmaning, ervoor zorg te dragen dat het incasso alsnog kan geschieden. Voldoet verzekeringnemer niet aan deze verplichting, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de premie is ontvangen en is de verzekeraar bovendien gerechtigd over te gaan tot het beëindigen van de betreffende module(s). Verzekeraar behoudt zich tevens het recht voor gemaakte incassokosten aan verzekeringnemer in rekening te brengen. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de verzekering is opgeschort en welke leidt tot een aanspraak op uitkering op basis van deze verzekering is niet gedekt.
 2. Betreffende de modules arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en ernstige aandoeningen is verzekeringnemer premieplichtig gedurende de gehele (restant) looptijd.
 3. Betreffende de afzonderlijke modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid bestaat geen betalingsverplichting gedurende de periode dat begunstigde een schade-uitkering ontvangt krachtens de betreffende module.
 4. Indien verzekeraar op een later moment de eerste maandpremie incasseert dan de ingangsdatum die is aangegeven op het aanvraagformulier en wanneer daardoor de aangevraagde looptijd op het aanvraagformulier van een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform artikel 4 lid d2, dan zal verzekeraar de looptijd verkorten en, indien

nodig, de maandpremie aanpassen.

- c. In geval van koopsompremiebetaling gevolgd door automatische voortzetting met maandpremiebetaling geldt aanvullend op hetgeen bepaald in lid a en b van dit artikel:
 1. De koopsompremiebetaling is uitsluitend van toepassing op de eerste premieperiode. De duur van de eerste premieperiode staat vermeld op het polisblad. De eerste premieervaldatum voor de maandpremiebetaling is gelijk aan de optiedatum zoals omschreven in artikel 2d.
 2. Indien begunstigde op de eerste premieervaldatum als beschreven in lid c1 van dit artikel een uitkering krachtens de module arbeidsongeschiktheid of werkloosheid ontvangt, bestaat er geen maandpremiebetalingsverplichting voor de module op grond waarvan de schade-uitkering wordt gedaan en dit geldt zolang de schade-uitkering voortduurt.

Art. 12 Premierestitutie:

- a. Indien de verzekering of module van de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 2b, artikel 4d lid 3, 4, 6, 8, 9 en 10, artikel 4e, artikel 14b of artikel 22a2, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie van de betreffende premieperiode. Bij maandpremiebetaling vindt geen premierestitutie plaats.
- b. De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde bruto premie voor de betreffende premieperiode te vermenigvuldigen met de volgende factor (78-methode): $(N-T)/(N-T+1) / N(N+1)$, waarbij N staat voor de duur van de premieperiode in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie en de uitkomst hiervan vervolgens te verminderen met euro 80,- wegens kosten. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar beschikbaar.
- c. Van de onder lid b van dit artikel genoemde uitkomst, zijnde het restitutiebedrag, worden alle eventueel gedane schade-uitkeringen op de te restitueren verzekering of module van de verzekering afgetrokken, waarna het uiteindelijke restitutiebedrag overblijft.

Art. 13 Verhaal van kosten en belasting:

Belastingen op premies en/of schade-uitkeringen, rente op schade-uitkeringen en alle overige kosten die voort kunnen vloeien uit de polis komen voor rekening van verzekeringnemer. De medische keuringskosten komen voor rekening van verzekeringnemer indien de kandidaat-verzekerde na een medische keuring zonder extra uitsluitingen of opslagen geaccepteerd kan worden maar verzekeringnemer of verzekerde hiervan afziet.

Art. 14 Wijziging van premie en/of voorwaarden:

- a. Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van dezelfde soort als deze verzekering en bloc, dan wel groepsgewijs te wijzigen. Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd.
- b. Verzekeringnemer wordt van de wijzigingen in kennis gesteld en geacht hiermee in te stemmen, tenzij hij binnen 30 dagen na de kennisgeving verzekeraar schriftelijk heeft bericht niet akkoord te gaan. Indien verzekeringnemer dit aan verzekeraar heeft meegedeeld, vervalt de verzekering op de door de verzekeraar vastgestelde datum voor de wijziging van de premie en/of de voorwaarden.
- c. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering conform lid b van dit artikel geldt niet indien:
 - de wijziging van de premie en/of de voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

Art. 15 Overdraagbaarheid:

Tenzij anders vermeld op de polis kan verzekeringnemer of verzekerde de rechten voortvloeiend uit deze verzekering niet overdragen aan derden.

Art. 16 Verval van rechten en verjaring:

- a. Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van 6 maanden nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de verzekeringnemer binnen deze 6 maanden

het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

- b. Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de gerechtigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

Art. 17 Adreswijziging en privacy:

- a. Verzekeringnemer is verplicht verzekeraar binnen 30 dagen kennis te geven van elke adreswijziging van zowel verzekeringnemer als verzekerde. Kennisgevingen door verzekeraar aan verzekeringnemer geschieden rechtstreeks aan diens laatste bij verzekeraar bekende adres of bij gebreke van een bekend adres aan het adres van de tussenpersoon.
- b. Bij de aanvraag van de verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.
- c. De te verstrekken en reeds verstrekte persoonsgegevens worden verwerkt ter beoordeling van het te verzekeren risico en ter uitvoering van de totstandgekomen verzekeringsovereenkomsten, overeenkomstig hetgeen is bepaald in de Wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Financiële Instellingen. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl of opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, postbus 94350, 2509 AL te Den Haag.

Art. 18 Meldingsplicht:

Naast het elders in deze algemene verzekeringsvoorwaarden vermelde over meldingsplicht is/zijn verzekeringnemer, verzekerde en/of nabestaande(n) verplicht verzekeraar direct schriftelijk kennis te geven, wanneer verzekerde:

- a. voor langer dan twee maanden naar het buitenland vertrekt;
- b. komt te overlijden;
- c. minder dan 18 uur per week betaald en actief zijn beroep gaat uitoefenen;
- d. de actieve beroepsbezigdheden definitief stopzet;
- e. een beroep als zelfstandig ondernemer gaat uitoefenen;
- f. (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling.

Art. 19 Toepasselijk recht en klachtenbehandeling:

- a. Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- b. Voor klachten naar aanleiding van de verzekering kan verzekeringnemer zich schriftelijk wenden tot het klachtenbureau van CARDIF Schadeverzekeringen N.V., postbus 4019, 4900 CA te Oosterhout. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan verzekeringnemer zich wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, postbus 93257, 2509 AN te Den Haag, www.kifid.nl.

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid

Art. 20 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.
- b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.
- c. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, paniekstoornissen, post traumatische stressstoornissen, angststoornissen, depressieve stoornissen, primaire slaapstoornissen (gediagnosticeerd en behandeld in een slaapkliniek en belangrijke beperkingen meebrengend op verschillende terreinen van het functioneren) en eetstoornissen (die belangrijke beperkingen meebrengen op verschillende terreinen van het functioneren). Deze psychiatrische aandoeningen of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-IV-TR met een GAF-score van 50 of minder, de klachten dienen te zijn ontstaan in de periode na de ingangsdatum van deze module en de directe oorzaak mag niet gelegen zijn in

een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd op as II binnen de DSM-IV-TR.

- d. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel is in ieder geval niet verzekerd: chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten hiervan, fibromyalgie en equivalenten hiervan, chronisch pijn syndroom en equivalenten hiervan, postviraalsyndroom, specifieke C.A.N.S., whiplash en postwhiplashsyndroom en bekeninstabiliteit.
- e. Verzekerde dient bij de werkgever op de laatste werkdag direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschiktheid voor tenminste 18 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn.
- f. Gedurende een periode van maximaal 3 maanden, te rekenen vanaf de ondertekendatum van het aanvraagformulier, is verzekerde voorlopig gedekt voor arbeidsongeschiktheid als het direct en uitsluitend gevolg van een ongeval. Deze voorlopige dekking stopt in ieder geval op de ingangsdatum van de polis en kent een maximaal verzekerd maandbedrag van euro 500,-. Er bestaat alleen recht op uitkering uit deze voorlopige dekking indien het aanvraagformulier door verzekeraar wordt ontvangen en de premie voor de polis door verzekeringnemer wordt voldaan conform artikel 11. Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden van toepassing zoals die gelden voor de aangevraagde verzekering.

Art. 21 Verzekeringuitkering:

- a. Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid conform artikel 20 bestaat, met inachtneming van de eigen risicoperiode zoals vermeld op het polisblad:
 1. Indien op het polisblad bij de verzekerde staat vermeld UWV-keuring (Gangbare arbeid):
Gedurende het tweede ziektejaar: indien verzekerde voor tenminste 35% van het aantal contractuele werkuren per week arbeidsongeschikt is voor zijn werkzaamheden conform de wettelijke bepalingen inzake arbeidsreintegratie (uitgevoerd door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf) tot het moment dat verzekerde gekeurd is, gedurende een periode van maximaal 12 maanden. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 23;
Na het tweede ziektejaar: nadat verzekerde gekeurd is door het UWV en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 23.
 2. Indien op het polisblad bij de verzekerde staat vermeld Maatschappijkeuring (Passende arbeid): nadat verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 35% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden 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. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 23. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/ (keurings)arts.
 3. Indien op het polisblad bij de verzekerde staat vermeld Maatschappijkeuring (Beroeps AO): nadat verzekerde gekeurd is en hierbij voor tenminste 35% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het aanvraagformulier vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 23. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige/ (keurings)arts.
- b. De hoogte van de verzekeringsuitkering wordt als volgt bepaald:
 - indien op het polisblad bij de dekking arbeidsongeschiktheid géén 'pro rata' staat aangekend, dan wordt bij een arbeidsongeschiktheid van 35% en hoger, conform lid a van dit artikel, het verzekerd maandbedrag volledig uitgekeerd;
 - indien op het polisblad bij de dekking arbeidsongeschiktheid 'pro rata' staat aangekend, dan wordt het verzekerd maandbedrag volledig

- c. Het aantal maandelijke uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in artikel 23, is beperkt tot maximaal 240 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
- d. Een voorlopige vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage in afwachting van een definitieve keuring door het UWV, wordt niet als een arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid a van dit artikel beschouwd. Indien, als gevolg van de definitieve vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage, blijkt dat er te veel of te weinig is uitgekeerd, dan zal het verschil achteraf worden verrekend.
- e. Voor de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid a van dit artikel zal een bij het aangaan van de verzekering al aanwezig(e) (arbeidsongeschiktheidspercentage in verband met een) aandoening of gebrek niet worden meegerekend. Verzekeraar behoudt zich het recht voor om verzekerde in dit verband te laten keuren door een onafhankelijke (keurings)arts.

Art. 22 Verplichtingen bij wijziging van het beroep of de daaraan verbonden werkzaamheden

- Indien op het polisblad bij de verzekerde staat vermeld Maatschappijkeuring (Beroeps AO), dan is verzekeringnemer en/of de verzekerde verplicht:
- a. verzekerder onmiddellijk kennis te geven, wanneer de verzekerde het op het aanvraagformulier vermelde beroep, ophoudt daadwerkelijk uit te oefenen of wijzigt, dan wel wanneer de aard en/of omvang van de aan het beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan.
 1. Bij wijziging van het op het polisblad vermelde beroep van de verzekerde of in het geval dat de aard en/of de omvang van aan dat beroep verbonden werkzaamheden een verandering ondergaan, zal de verzekeraar beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaren inhoudt. Indien dit het geval is heeft de verzekeraar het recht andere voorwaarden te stellen of de verzekering te beëindigen.
 2. Indien de verzekeringnemer met de minder gunstige voorwaarden niet akkoord gaat, heeft hij het recht, binnen 1 maand na de kennisgeving hiervan, de verzekering tussentijds te beëindigen. De verzekering zal dan worden beëindigd per de datum waarop de verzekeraar de mededeling over de gewijzigde omstandigheden heeft ontvangen.
 - b. Indien verzuimd is kennis te geven van de wijziging van het beroep of de verandering van de aard en/of de omvang van de daaraan verbonden werkzaamheden, zal de verzekeraar, wanneer verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt, eveneens beoordelen of de wijziging respectievelijk verandering een risicoverzwaren inhoudt.
 1. Indien er geen sprake is van een risicoverzwaren blijft het recht op uitkering gehandhaafd. Indien er wel sprake is van risicoverzwaren die er leidt dat de verzekering slechts zou worden voortgezet met toepassing van bijzondere voorwaarden geschiedt de uitkering met inachtneming van die bijzondere voorwaarden.
 2. Indien een niet tijdig gemelde risicoverzwaren naar het oordeel van de verzekeraar van dien aard is, dat de verzekering niet kan worden voortgezet, bestaat geen recht op uitkering.

Art. 23 Fiscaliteit en betaling van de uitkering:

- a. Indien op het polisblad is aangekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, maandelijks en achteraf.
- b. In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 240) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 21b) op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van

maand tot maand worden verkregen.

Art. 24 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 1. zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelende arts en/of medisch adviseur van verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is, al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;
 2. iedere door verzekeraar aan te wijzen arts (of gemachtigde), psycholoog en/of arbeidsdeskundige te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen met betrekking tot de ziekte, de arbeidsongeschiktheid, het ongeval of de werkzaamheden naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 3. alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
 4. verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
 5. desgevraagd aan verzekeraar het bewijs van voortdurende arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
 6. bij werkhervatting op arbeidstherapeutische basis aan verzekeraar het bewijs te leveren van het arbeidstherapeutische karakter van de werkhervatting (te verstrekken door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), teneinde in aanmerking te blijven komen voor een uitkering.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a 3, 4, 5 en 6 genoemde verplichtingen, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 25 Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid:

- Geen recht op uitkering bestaat indien:
- a. blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste of onvolledige verklaring(en) over zijn gezondheid, arbeidsongeschiktheid, arbeidssituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
 - b. de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 1 maand na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien deze gebeurtenis een ongeval betreft;
 - c. de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van cosmetische en/of esthetische operaties en/of behandelingen, tenzij er sprake is van medische noodzaak na verminking door een ongeval.

Bijzondere bepalingen betreffende de module werkloosheid

Art. 26 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de eigen risicoperiode zoals vermeld op het polisblad, dekt verzekeraar het risico van onvrijwillige werkloosheid van verzekerde dat een direct gevolg is van een voor verzekerde onvrijwillige beëindiging van een arbeidsovereenkomst (opzegging, ontbinding, ontslag) bij een werkgever als gevolg waarvan verzekerde krachtens de Nederlandse wetgeving een volledige werkloosheidsuitkering ontvangt.
- b. De eerste dag van werkloosheid is de dag waarover een volledige werkloosheidsuitkering wordt toegekend krachtens de Nederlandse wetgeving.
- c. Verzekerde dient bij de werkgever in de 6 maanden direct voorafgaand aan de beëindiging van de dienstbetrekking op basis van een arbeidsovereenkomst van bepaalde of onbepaalde duur voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn geweest.
- d. Verzekerde dient bij de werkgever direct voorafgaand aan de ontslagaanzegging voor tenminste 18 uur per week betaald en actief aan het arbeidsproces te hebben deelgenomen. Gedurende een periode van onbetaald verlof binnen de wettelijke levensloopregeling dient verzekerde bij de werkgever op basis van een arbeidsovereenkomst voor tenminste 18 uur per week in dienst te zijn.
- e. Werkloosheid ontstaan vanuit het niet benutten van de restcapaciteit (resterende verdien capaciteit

bij arbeidsongeschiktheid) bij een werkgever is niet verzekerd.

Art. 27 Verzekeringuitkering:

- a. De uitkering voor de onvrijwillige werkloosheid wordt gedaan aan het einde van de werkloosheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 12 per schadegeval) dat de volledige werkloosheid heeft geduurd.
- b. De uitkering zal zolang de werkloosheid voortduurt, voor elke volle maand van volledige werkloosheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag) op de in lid a van dit artikel bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.
- c. Indien de verzekerde binnen 6 maanden na een periode van werkloosheid waarover verzekeraar een uitkering heeft gedaan, wederom onvrijwillig werkloos wordt en een volledige werkloosheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt, wordt de uitkering krachtens deze module voortgezet alsof er sprake is van een en dezelfde schade.
- d. Het aantal maandelijke uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in lid b van dit artikel, is beperkt tot maximaal 12 per schadegeval met een maximum van 60 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een werkloosheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
- e. Elke uitkering krachtens deze module eindigt in ieder geval op de dag waarop een arbeidsovereenkomst van bepaalde duur van rechtswege (zijnde: wegens niet verlenging op de einddatum) zou zijn geëindigd, indien de uitkering het resultaat was van een onvrijwillig ontslag binnen deze arbeidsovereenkomst.

Art. 28 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is verplicht zijn onvrijwillige werkloosheid aan te tonen door middel van het overleggen van de door de uitkerende instantie aan verzekerde afgegeven stukken, die verzekerde ontvangt in verband met zijn werkloosheidsuitkeringen. Deze stukken dienen voor elke periode van 30 achtereenvolgende dagen waarvoor een beroep op deze verzekering wordt gedaan, aan verzekeraar te worden overlegd. Voorts dient verzekerde een kopie van zijn arbeidsovereenkomst te overleggen.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a genoemde verplichting, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 29 Uitsluitingen bij werkloosheid:

- Geen recht op uitkering bestaat indien:
- a. blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste of onvolledige verklaring(en) over zijn arbeidssituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
 - b. de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 6 maanden na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan;
 - c. verzekerde op de ingangsdatum van deze module voorkennis had over zijn ontslag of over een dreiging van zijn ontslag;
 - d. de werkloosheid een gevolg is van een structurele arbeidsomdreking die inherent is aan het beroep van verzekerde (bijv. seizoensgebonden activiteiten, vorstverlet);
 - e. de werkloosheidsuitkering door de uitkerende instantie geheel of gedeeltelijk wordt geschorst, gestaakt of ingehouden;
 - f. de werkloosheid een gevolg is van een aan verzekerde verwijtbaar gedrag zoals diefstal of fraude of gedrag waarvan verzekerde had kunnen weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben;
 - g. de werkloosheid een gevolg is van het feit dat een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur is aangegaan en dat deze wegens niet verlenging op de einddatum stopt.

Bijzondere bepalingen betreffende de module ernstige aandoeningen

Art. 30 Verzekerde dekking:

Gedurende de looptijd van deze module dekt de verzekeraar het risico dat verzekerde aan een van de in artikel 1 onder k genoemde ernstige aandoeningen lijdt.

Art. 31 Verzekeringuitkering:

- a. Het recht op uitkering ontstaat op het moment dat de diagnose van de ernstige aandoening door een arts is gesteld, mits het moment van vaststelling ligt na de ingangsdatum van deze module, de verzekerde tenminste 30 dagen na de vaststelling van de ernstige aandoening nog in leven was en op het moment van

melding van de schade nog in leven is.

- b. De uitkering voor ernstige aandoeningen is verschuldigd vanaf het moment als bedoeld in lid a van dit artikel en bestaat uit een éénmalige uitkering van het op het polisblad vermelde verzekerde kapitaal.
- c. Indien de in lid a van dit artikel genoemde diagnose niet in Nederland wordt gesteld, dient de verzekerde een schriftelijke verklaring van de door hem bezochte arts aan verzekeraar te overleggen. Verzekeraar heeft in een dergelijk geval te allen tijde het recht de gestelde diagnose in Nederland te verifiëren. Bij een strijdige diagnose is de in Nederland gestelde diagnose bepalend voor het recht op uitkering in gevolge de polis. De kosten van de verificatie komen voor rekening van de verzekeraar.
- d. De module ernstige aandoeningen eindigt op de eerste dag na de datum van vaststelling van een ernstige aandoening, mits verzekeraar op grond van deze vastgestelde aandoening tot uitkering overgaat.
- e. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekeringnemer komen.

Art. 32 Verplichtingen bij schade:

- a. Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 1. zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven, alle adviezen van zijn behandelende arts en/of enig medisch adviseur van verzekeraar op te volgen en al het mogelijke te doen om de schade te beperken;
 2. iedere door verzekeraar aan te wijzen arts (of gemachtigde) te bezoeken of te ontvangen, een door hem in te stellen onderzoek toe te staan en aan hem alle gewenste inlichtingen naar waarheid te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
 3. alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen; voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering van belang zijn.
- b. De verzekeringnemer is gehouden de onder lid a 3 genoemde verplichting, voor zover de verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

Art. 33 Uitsluitingen bij ernstige aandoeningen:

- Geen recht op uitkering bestaat:
- a. indien blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste of onvolledige verklaring(en) over zijn gezondheid heeft afgelegd;
 - b. bij het plotseling ontstaan van tijdelijke neurologische uitvalsverschijnselen, waarbij geen restsymptomen optreden (Transient ischaemic attack of Reversible ischaemic neurological deficit);
 - c. bij alle soorten van huidkanker, met uitzondering van histologisch bewezen uitzaaiing(en) van huidkanker;
 - d. bij weefselplasie van carcinoma in situ, stadium 1 van de ziekte van Hodgkin en papillaire blaaskanker;
 - e. voor een schadeclaim die het direct of indirect gevolg is van een bij de aanvraag en/of op de ingangsdatum van deze module reeds bestaande en/of bekende (bekend als zijnde: diagnose gesteld door een arts of behandeld door een arts) ziekte, klacht, gebrek of aandoening;
 - f. bij een schadeclaim die direct of indirect het gevolg is van een HIV-infectie (al of niet resulterend in AIDS) of enig ziektebeeld van vergelijkbare aard;
 - g. voor een ernstige aandoening welke intreedt binnen 3 maanden na de ingangsdatum van de module.