

Polismantel 414-07

Ziekengeldverzekering dekking Calamiteiten

Polisvoorwaarden

Artikel	1325-40.1504
----------------	--------------

Datum	1 april 2015
--------------	--------------

Inhoud

		pagina
1	Begripsomschrijvingen	4
2	Omschrijving van de dekking	4
2.1	Omvang van de verzekering	4
2.2	Vaststelling van de omvang van de uitkering	5
2.3	Overlijdensuitkering	5
2.4	In- en uitlooprisico	6
2.5	Beperking uitkeringsverplichting bij terrorisme	6
3	Uitsluitingen	6
4	Schade	8
4.1	Verplichtingen van de verzekeringnemer	8
4.2	Betaling	8
4.3	Samenloop met andere verzekeringen	8
5	Premie	9
5.1	Vaststelling premiepercentage	9
5.2	Berekening premie	9
5.3	Tijdstip van betaling	9
5.4	Regeling bij niet tijdige premiebetaling	9
5.5	Terugbetaling van premie	10
6	Herziening van tarieven en/of voorwaarden	10
6.1	Herziening	10
6.2	Recht van weigering	10
7	Wijziging van het risico	11
7.1	Melding risicowijziging	11
7.2	Voortzetting na risicowijziging	11
7.3	Gevolgen van niet melden risicowijziging	11
8	Einde van de verzekering	12
8.1	Opzegging door de verzekeringnemer	12
8.2	Opzegging door de maatschappij	12
8.3	Andere wijze van beëindiging	12
9	Aanvullende polisbepaling	13
9.1	Grondslag van de verzekering	13
10	Terrorisme	13
10.1	Begripsomschrijvingen	13
10.2	Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico	14
10.3	Uitkeringsprotocol NHT	15
11	Slotartikelen	16
11.1	Verwerking persoonsgegevens	16

		pagina
12	Rechtsbijstand voor geschillen over de loondoorbetalingsplicht	17
12.1	Overdracht SRK : SRK Rechtsbijstand	17
12.2	Begripsomschrijvingen	17
12.3	Gebeurtenis en behoefte aan rechtsbijstand	17
12.4	Omvang van de dekking	18
12.5	Onderlinge geschillen/Belangenconflict	18
12.6	Uitsluitingen	18
12.7	Aanmelding van de zaak en verplichtingen van de verzekeringnemer	19
12.8	Verlenen van rechtsbijstand	19
12.9	Geschillen over de behandeling door het SRK	19
12.10	Vervaltermijn	20
12.11	Adres	20
12.12	Verwerking persoonsgegevens	20
12.13	Klachten	20
13	Verzuimmanagementpakket	21
13.1	Informatie en advies	21
13.2	Opstellen Plan van Aanpak	21
13.3	Uitvoering Plan van Aanpak	21
13.4	Bijdragen in kosten interventies	21
13.5	Poortwachtergarantie	21
14	Werkhervattingcompensatie	22
14.1	WIA beschikking	22
14.2	Wachttijd voor de WIA	22
14.3	Omvang van de dekking	22
14.4	Hoogte van de uitkering	22
14.5	Betaling van de uitkering	22
14.6	Hernieuwd recht op uitkering	22
14.7	Ziek bij aanvang van de verzekering	22
14.8	Geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bij einde van de dekking	22
14.9	Uitzondering op premiebijstelling	22

Hoofdstuk 1

Begripsomschrijvingen

1.1 Maatschappij Nationale-Nederlanden
Schadeverzekering Maatschappij N.V.

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

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

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

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

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

1.7 Loondoorbetalingsplicht
De verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte op grond van het Burgerlijk Wetboek en hetgeen daaromtrent in de arbeidsovereenkomst is bepaald. Bij de vaststelling van de omvang van de loondoorbetalingsplicht gedurende het 1e en 2e jaar van ziekte gelden de op het polisblad vermelde percentages van het verzekerde loon, vermeerderd met de eventueel verzekerde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

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

1.9 Dekkingsperiode

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

1.10 Eigen behoud

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

1.11 Deskundige dienst

Een door de maatschappij geaccepteerde gecertificeerde arbodienst of andere deskundige dienst als bedoeld in de Arbeidsomstandighedenwet, hierna verder aangeduid als Arbowet.

1.12 UWV

Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen als bedoeld in de Wet Structuur Uitvoeringsorganisatie Werk en Inkomen.

1.13 Keerpunt

Het re-integratiebedrijf waarmee de maatschappij samenwerkt.

Hoofdstuk 2 Omschrijving van de dekking

Artikel 2.1 Omvang van de verzekering

De verzekering omvat

2.1.1 Uitkering bij loondoorbetalingsplicht

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

2.1.2 Rechtsbijstand voor geschillen over loondoorbetalingsplicht

Rechtsbijstand indien de verzekeringnemer in zijn hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken ter zake van zijn loondoorbetalingsplicht voor gedekte ziektegevallen, een en ander met inachtneming van wat in de Aanvullende voorwaarden Hoofdstuk 12 van deze voorwaarden, Rechtsbijstand voor geschillen over de loondoorbetalingsplicht, is bepaald.

2.1.3 Verzuimmanagement

Verzuimmanagement zoals is bepaald in Hoofdstuk 13 van deze voorwaarden, Verzuimmanagementpakket.

2.1.4 Werkhervattingscompensatie

Werkhervattingscompensatie zoals is bepaald in hoofdstuk 14 van deze voorwaarden, Werkhervattingscompensatie.

Artikel 2.2 Vaststelling van de omvang van de uitkering

- a. De omvang van de uitkering wordt gedurende de dekkingperiode vastgesteld op het verschil van het totaal van de loondoorbetalingsplicht in een verzekeringsjaar en het eigen behoud.
- b. Bij de berekening van het totaal van de verzekerde loondoorbetalingsplicht wordt per ziektegeval een termijn van maximaal 104 weken in aanmerking genomen. Deze termijn vangt aan op de 1e ziekte-dag. Als 1e ziekte-dag geldt de dag waarop door de werknemer wegens ziekte niet is gewerkt of het werken tijdens de werktijd is gestaakt, met inachtneming van de door het UWV voor bijzondere gevallen gestelde regels inzake de eerste ziekte-dag. Indien de 1e ziekte-dag valt op een zaterdag of zondag wordt uitgegaan van de maandag als 1e ziekte-dag. Bij de berekening van het tijdvak van 104 weken worden voorts perioden van ziekte samengeteld, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen of direct voorafgaand aan en aansluitend op een periode waarin uitkering in verband met zwangerschap of bevalling op grond van de Wet arbeid en zorg wordt genoten, tenzij de ongeschiktheid voorafgaande aan en de ongeschiktheid aansluitende op die periode redelijkerwijs niet geacht kunnen worden voort te vloeien uit dezelfde oorzaak. Voorts telt een week voor 5 dagen, waarbij de zaterdag en zondag buiten beschouwing blijven.
- c. Loon dat méér bedraagt dan hetgeen op het polisblad staat vermeld als maximum dekkingbedrag per werknemer per jaar blijft bij deze berekening buiten beschouwing.
- d. Het loon voor de bepaling van een eventuele schade-vergoeding wordt verminderd met de bedragen die verzekeringnemer op het doorbetaalde loon mocht inhouden vanwege aan de werknemer toekomende uitkeringen of inkomsten uit arbeid.
- e. Over dagen waarover slechts gedeeltelijk loon is doorbetaald dan wel als er sprake is van gedeeltelijke uitval door ziekte, wordt het loon voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding naar rato vastgesteld.
- f. Bij de berekening van een eventuele schade-vergoeding, wordt het deel van het loon dat voor de bepaling van een eventuele schadevergoeding dat betrekking heeft op dagen waarop (gedeeltelijk) therapeutisch wordt gewerkt, maar in ieder geval na 4 weken te rekenen vanaf de datum van de (gedeeltelijke) werkherhervatting, buiten beschouwing gelaten.
- g. De uitkering kan aan een maximum worden gebonden. Indien een maximumuitkering is overeengekomen wordt het maximum, uitgedrukt in eenheden van het eigen behoud, op het polisblad vermeld.
- h. Indien de ziekte het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een ander wettelijk aansprakelijk is en de kosten van loondoorbetaling door verzekeringnemer op die ander kunnen worden verhaald, bestaat slechts recht op uitkering voor zover het totale bedrag van de verzekerde loondoorbetalingsplicht in één verzekeringsjaar, verminderd met het bedrag dat is verhaald of zou kunnen worden verhaald, het bedrag van het eigen behoud overtreft. In deze situatie wordt het krachtens het regresrecht te verhalen bedrag door de maatschappij uit service als voorschot aan de verzekeringnemer betaald. Nadat van de zijde van SRK Rechtsbijstand de maatschappij is geïnformeerd over het resultaat van de regresactie wordt het reeds verstrekte voorschot met het door SRK Rechtsbijstand verhaalde bedrag verrekend, uiteraard alleen voor dat gedeelte waarover door de maatschappij een voorschotbetaling is verleend. Indien de maatschappij van SRK Rechtsbijstand verneemt dat verhaal niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is gebleken, zal de maatschappij alsnog tot definitieve vaststelling van een eventuele uitkering krachtens deze verzekering overgaan. Eventueel teveel betaalde voorschotten zullen van verzekeringnemer worden teruggevorderd.

Artikel 2.3 Overlijdensuitkering

Indien verzekeringnemer conform zijn verplichting aan de nagelaten betrekkingen van de werknemer een uitkering wegens overlijden heeft betaald, wordt de vaststelling van het totaal van de loondoorbetalingsplicht gebaseerd op het op het polisblad vermelde percentage van het verzekerde loon dat de werknemer laatstelijk rechtens, gedurende de in het Burgerlijk Wetboek bepaalde periode of, indien bij

(collectieve) arbeidsovereenkomst een langere periode is overeengekomen, gedurende maximaal de periode vanaf de dag van overlijden tot en met de laatste dag van de 2e maand na die waarin het overlijden plaatsvond, heeft ontvangen. Eén en ander indien en voor zover het overeengekomen eigen behoud hiermee wordt overschreden. De overlijdensuitkering kan worden verminderd met het bedrag van de uitkering dat aan de nagelaten betrekkingen ter zake van het overlijden van de werknemer toekomt krachtens een wettelijk voorgeschreven ziekte- of arbeidsongeschiktheid-verzekering.

Artikel 2.4 In- en uitlooprisico

2.4.1 Ziekte bij aanvang van de verzekering

Recht op uitkering bestaat voor de loondoorbetalingplicht ten aanzien van ziektegevallen waarvan de eerste ziektedag is gelegen voor de aanvang van de verzekering. Eén en ander indien en voor zover het overeengekomen eigen behoud hiermee wordt overschreden.

2.4.2 Ziekte bij aanvang dienstbetrekking

Recht op uitkering bestaat indien de eerste ziektedag van de werknemer is gelegen voor de aanvang van de dienstbetrekking. Eén en ander indien en voor zover het overeengekomen eigen behoud hiermee wordt overschreden.

2.4.3 Ziekte binnen 6 maanden na aanvang van de verzekering

Geen uitkering wordt verstrekt indien de werknemer binnen 6 maanden na aanvang van de verzekering of na aanvang dienstverband zijn werkzaamheden geheel of gedeeltelijk staakt wegens ziekte, terwijl de gezondheidstoestand van de verzekerde ten tijde van de aanmelding het intreden van de ongeschiktheid tot werken binnen 6 maanden kennelijk moest doen verwachten.

2.4.4 Uitkering na beëindiging van de verzekering

Indien de verzekering hetzij door verzekeringnemer, hetzij door de maatschappij wordt beëindigd, bestaat voor alle bestaande ziektegevallen vanaf de datum einde verzekering geen recht meer op uitkering.

Artikel 2.5 Beperking uitkeringsverplichting bij terrorisme

De uitkeringsverplichting van verzekeraar is beperkt indien sprake is van schade die verband houdt met het terrorismerisico, overeenkomstig de Clausule terrorismedekking, zoals vermeld in Hoofdstuk 10 Terrorismen.

Hoofdstuk 3 Uitsluitingen

Geen recht op uitkering op grond van deze verzekering bestaat indien sprake is van één of meerdere van de hierna vermelde omstandigheden:

3.1 Molest

In het geval de ziekte is ontstaan of verergerd, hetzij direct, hetzij indirect, door:

a. een gewapend conflict

Onder gewapend conflict wordt 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;

b. burgeroorlog

Onder burgeroorlog wordt 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;

c. opstand

Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;

d. binnenlandse onlusten

Onder binnenlandse onlusten wordt verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;

e. oproer

Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;

f. muiterij

Onder muiterij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

3.2 Atoom

In het geval sprake is van ziekte welke is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoom-kernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot loonschade door radioactieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

3.3 Opzet, grove schuld en bewuste roekeloosheid

In het geval de ziekte is ontstaan of verergerd door opzet, grove schuld of bewuste roekeloosheid van de verzekeringnemer, de werknemer of een andere bij de uitkering belanghebbende.

3.4 Fraude

Indien de verzekeringnemer met betrekking tot de premie-opgaveverplichting, melding van de ziekte van zijn werknemer en/of de loondoorbetaling opzettelijk een verkeerde voorstelling van zaken geeft of een onware opgave doet. In geval van fraude vervalt ieder recht op schadevergoeding.

3.5 Aanspraken uit Ziektewet

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

3.6 Aanspraken uit de Wet arbeid en zorg

- a. Gedurende de periode dat zwangerschaps- of bevallingsverlof wordt genoten overeenkomstig het bepaalde in de Wet arbeid en zorg of een uitkering op grond van die wet wordt ontvangen;
- b. Gedurende de periode van verlof op grond van de Wet arbeid en zorg, zonder behoud van loon.

3.7 Verlengde loondoorbetaling

- a. Indien de loondoorbetalingsplicht van de verzekeringnemer door het UWV is verlengd omdat hij zonder deugdelijke grond zijn verplichtingen op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de Wet Verbetering Poortwachter of de regeling procesgang 1e en 2e ziektejaar niet of niet volledig is nagekomen of onvoldoende re-integratie-inspanningen heeft verricht;
- b. Indien de loondoorbetalingsplicht op gezamenlijk verzoek van de werknemer en verzekeringnemer door het UWV is verlengd, tenzij deze verlenging een uitvloeisel is van een met ondersteuning van Keerpunt opgesteld re-integratieplan.

3.8 Situationele arbeidsongeschiktheid

In het geval dat de werknemer niet bereid is de overeengekomen arbeid te verrichten, waartoe hij door de deskundige dienst in staat wordt geacht, dan wel door de verzekeringnemer niet in staat wordt gesteld de overeengekomen arbeid te verrichten vanwege een verstoorde arbeidsrelatie.

3.9 Leeftijd

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

3.10 Detentie

- a. Gedurende de periode dat de werknemer rechtens zijn vrijheid is ontnomen, vanaf de dag dat deze vrijheidsontneming één maand heeft geduurd;
- b. Indien de 1e ziektedag van de werknemer is gelegen in een periode dat de werknemer rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
- c. Voor toepassing van dit artikel worden perioden van vrijheidsontneming samengeteld, indien zij elkaar met een onderbreking van minder dan 4 weken opvolgen.

3.11 Te late melding

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

Hoofdstuk 4 Schade

Artikel 4.1 Verplichtingen van de verzekeringnemer

Verzekeringnemer dient, ongeacht of verzekeringnemer valt onder de vangnet- of de maatwerkregeling, op straffe van verlies van zijn rechten uit de polis aan de hierna genoemde verplichtingen te voldoen:

- a. Zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 90 dagen na afloop van ieder verzekeringsjaar, de maatschappij door middel van het door de maatschappij voorgeschreven formulier opgave te verstrekken, van het totaal verzekerd loon dat op grond van de verzekerde loondoorbetalingsplicht over het afgelopen verzekeringsjaar is uitbetaald, hieronder niet begrepen aanspraken uit wettelijke maatregelen, alsmede een opgave van de deskundige dienst te verstrekken, overeenkomstig een door de maatschappij vast gesteld model, waaruit de omvang en duur van de ziekte per werknemer over het afgelopen verzekeringsjaar valt op te maken. Tevens dienen verhaalsmogelijkheden te worden aangegeven. Ten behoeve van de berekening van de omvang van de eventuele schadevergoeding dient daarbij een bewijs van het over de periode van ziekte betaalde loon te worden gevoegd.
- b. Een deskundige dienst in te schakelen voor de verzuimregistratie.
- c. Een adequaat controle- en verzuimbeleid te voeren. Dit omvat de volgende verplichtingen:
 - iedere zieke medewerker uiterlijk op de 7e dag van ziekte bij de deskundige dienst melden;
 - toe- of afname van arbeidsongeschiktheid van de zieke werknemer binnen 2 dagen melden aan de deskundige dienst.Bij te verwachten langdurig verzuim, zoals verzekeringnemer dit verplicht is conform wet- en regelgeving, waaronder de Wet Verbetering Poortwachter en de Regeling procesgang 1e en 2e ziektejaar:
 - zo tijdig mogelijk maatregelen treffen om de werknemer in staat te stellen te re-integreren in eigen dan wel andere passende arbeid;
 - tijdig een probleemanalyse te laten opstellen;
 - tijdig een plan van aanpak op te stellen en hier uitvoering aan te geven;
 - een re-integratiedossier aan te leggen en bij te houden;
 - periodiek de voortgang van de re-integratie-activiteiten met de werknemer te evalueren;

- tijdig een re-integratieverslag op te stellen van de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak.
- d. De aanwijzingen van de maatschappij stipt op te volgen.
 - e. Zijn volle medewerking aan alle controles te geven, waaronder een onderzoek door de maatschappij of is voldaan aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot het voorkomen en beperken van verzuim en zich tevens te onthouden van alles wat de belangen van de maatschappij zou kunnen schaden.
 - f. Indien de maatschappij dit verlangt, inzage te geven in het contract met de deskundige dienst en in de risico-inventarisatie en evaluatie en het bijbehorende plan van aanpak.
 - g. Bij ziekte, ontstaan als gevolg van een onrechtmatige daad van een wettelijk aansprakelijke derde, onmiddellijk de benodigde actie voor het instellen van verhaal te ondernemen.

Artikel 4.2 Betaling

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

Artikel 4.3 Samenloop met andere verzekeringen

Geen recht op uitkering uit hoofde van deze verzekering bestaat indien en voor zover door een werknemer ter zake van hetgeen onder deze verzekering is gedekt rechten kunnen worden ontleend of zouden kunnen worden ontleend, in geval deze verzekering niet zou hebben bestaan, aan een andere verzekering of voorziening, al dan niet van oudere datum, dan wel op grond van enige wettelijke of andere regeling.

Hoofdstuk 5 Premie

Artikel 5.1 Vaststelling premiepercentage

Het op het polisblad vermelde premiepercentage alsmede het eigen behoud kunnen jaarlijks worden bijgesteld, mede op basis van de gerealiseerde verzuimcijfers over de afgelopen 3 kalenderjaren en de samenstelling van het personeelsbestand. Verzekeringnemer is verplicht zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 90 dagen na het verstrijken van het verzekeringsjaar een opgave te verstrekken van:

- a. het totale bedrag van het verzekerd loon over het afgelopen verzekeringsjaar,
- b. de samenstelling van het personeelsbestand aan het begin van het nieuwe verzekeringsjaar alsmede een raming van het verzekerd loon voor het lopende kalenderjaar.

Verzekeringnemer is verplicht desverlangd een nadere specificatie door middel van overlegging van de (verzamel)loonstaat aan de maatschappij toe te zenden, alsmede – desverlangd – de hierboven bedoelde verklaring te laten controleren door een registeraccountant of accountant administratieconsulent en de uitslag daarvan aan de maatschappij toe te zenden.

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

Indien de som van het premiepercentage en het eigen behoud voor het nieuwe verzekeringsjaar meer dan 25% hoger is dan dat voor het voorgaande verzekeringsjaar, heeft verzekeringnemer het recht de verzekering op te zeggen gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. De verzekering eindigt binnen 2 maanden nadat de maatschappij hiervan op de hoogte is gesteld door verzekeringnemer. De gewenste beëindigingsdatum wordt hierbij door verzekeringnemer bepaald maar ligt niet vóór de wijzigingsdatum. Gedurende de resterende looptijd van de verzekering in het nieuwe

verzekeringsjaar wordt 125% van de som van het laatst geldende premiepercentage en het eigen behoud in rekening gebracht.

Artikel 5.2 Berekening premie

- a. De op het polisblad vermelde premie is een voorschotpremie. Bij de aanvang van de verzekering wordt de voorschotpremie gebaseerd op de gegevens die verzekeringnemer voorafgaand aan de ingangsdatum heeft verstrekt. Aan het begin van ieder verzekeringsjaar zal de voorschotpremie voor dat jaar worden berekend aan de hand van de verzekerde som over het afgelopen verzekeringsjaar. Zolang geen nieuwe voorschotpremie is vastgesteld dient verzekeringnemer bij prolongatie de voorschotpremie van het afgelopen verzekeringsjaar te betalen, die zal worden verrekend met de nieuwe voorschotpremie zodra deze is vastgesteld.
- b. Na ontvangst van de in artikel 5.1 bedoelde opgave wordt de definitieve premie over het voorafgaande verzekeringsjaar vastgesteld aan de hand van de feitelijke verzekerde som over dat jaar en verrekend met de in dat verzekeringsjaar betaalde voorschotpremie.

Artikel 5.3 Tijdstip van betaling

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

Artikel 5.4 Regeling bij niet tijdige premiebetaling

- a. Geen recht op vergoeding van de loondoorbetaling bestaat voor ziekte waarvan de 1e ziektedag ligt op of na de premievervaldag indien de in artikel 5.3 vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en kosten zijn betaald;
- b. Geen recht op vergoeding van de loondoorbetaling bestaat voor ziekte indien verzekeringnemer weigert de premie en kosten te voldoen, ongeacht wanneer de eerste ziektedag was.
- c. Nadere ingebrekestelling door de maatschappij is hiervoor niet nodig.
- d. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie en kosten te voldoen. Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten die de maatschappij maakt om de premie en wettelijke rente alsnog te innen komen voor rekening van verzekeringnemer.

- e. Indien verzekeringnemer de premie niet tijdig heeft betaald heeft de maatschappij het recht de verzekering te beëindigen, met inachtneming van een opzegtermijn van 2 maanden. De opzegging dient schriftelijk te geschieden.

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

Vergoeding van de loondoorbetaling wordt in dat geval gegeven vanaf de dag dat de verzekering weer van kracht is geworden, ook voor gevallen waarvan de eerste ziektedag is gelegen in de periode dat de verzekering niet van kracht was. Er wordt echter geen vergoeding gegeven voor de loondoorbetaling over perioden waarover de verzekering niet van kracht was vanwege het bepaalde onder 5.4a. en 5.4b.

Artikel 5.5 Terugbetaling van premie

5.5.1 Terugbetaling bij tussentijdse beëindiging

Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie, over de periode waarover de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten en voor zover die de volgens artikel 5.2. vastgestelde verschuldigde premie over het verstreken verzekeringsjaar overtreft.

5.5.2 Uitzonderingen op terugbetaling

Geen terugbetaling vindt plaats bij opzegging van de verzekering in verband met fraude of als gevolg van opzet om de maatschappij te misleiden.

Hoofdstuk 6 Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 6.1 Herziening

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

Artikel 6.2 Recht van weigering

- a. Verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren.
- b. Dit recht van weigering geldt niet indien de aanpassing:
 - een verlaging van een premiepercentage en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
 - voortvloeit uit een wettelijke bepaling, publiekrechtelijke regeling of wijziging in de voor deze verzekering relevante wet- en regelgeving;
 - voortvloeit uit de periodieke aanpassing van het premiepercentage als bedoeld in Hoofdstuk 5;
 - betrekking heeft op wijziging van de Clausule terrorismedekking, zoals vermeld in het Hoofdstuk Terrorisme.
- c. Indien verzekeringnemer van dit recht op weigering gebruik maakt, moet de verzekeringnemer de maatschappij daarvan, binnen één maand na de aankondiging van de aanpassing schriftelijk kennis geven. In dat geval eindigt de verzekering op de aangekondigde datum van aanpassing, maar niet eerder dan één maand na de datum van dagtekening van de mededeling van aanpassing door de maatschappij.
- d. Heeft verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van dit recht, dan wordt verzekeringnemer geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

Hoofdstuk 7 Wijziging van het risico

Artikel 7.1 Melding risicowijziging

Verzekeringnemer is verplicht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 2 maanden, de maatschappij in kennis te stellen van wijzigingen die van wezenlijke invloed kunnen zijn op het verzekerde risico, tenzij verzekeringnemer aannemelijk maakt dat verzekeringnemer van het optreden van die wijziging of de invloed op het verzekerde risico niet op de hoogte was en dat redelijkerwijs ook niet kon zijn.

Een gewijzigd risico wordt in elk geval geacht aanwezig te zijn indien:

- a. de Inspecteur van de Belastingdienst de sectoraansluiting voor de heffing van de premies voor de werknemersverzekeringen wijzigt of bij de Inspecteur van de Belastingdienst een verzoek tot wijziging van de sectoraansluiting is ingediend. Verzekeringnemer verstrekt zo spoedig mogelijk aan de maatschappij een afschrift van de beschikking van de Inspecteur van de Belastingdienst met daarin de sectorcode en de risicopremiegroepen waarbij verzekeringnemer is aangesloten;
- b. de rechtsvorm van de onderneming verandert of er sprake is van een overgang van de onderneming als bedoeld in artikel 662 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek of andere plaatsgevonden bedrijfswijzigingen;
- c. verzekeringnemer in staat van faillissement verkeert, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op de verzekeringnemer van toepassing is, de bedrijfsactiviteiten feitelijk zijn gestaakt, dan wel verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren dat deze niet meer aan zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen;
- d. zich een wijziging voordoet in de aard van de binnen het bedrijf uit te voeren werkzaamheden die leiden of kunnen leiden tot wijziging van het ziekterisico;
- e. verzekeringnemer overgaat naar een andere deskundige dienst.

Artikel 7.2 Voortzetting na risicowijziging

- a. De verzekering wordt op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voortgezet, tenzij de maatschappij binnen 2 maanden na ontvangst van de kennisgeving van de risicowijziging aan verzekeringnemer meedeelt gebruik te maken van haar recht de verzekering niet op dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premie voort te zetten. Indien partijen voortzetting van de verzekering overeenkomen, wordt de verzekering voortgezet op de overeengekomen voorwaarden en premie.
- b. Indien partijen niet binnen een maand tot overeenstemming kunnen komen over voortzetting van de verzekering, eindigt de verzekering een maand na de mededeling hiervan door de maatschappij.
- c. Zolang de verzekering niet is geëindigd, alsmede zolang voortzetting niet is overeengekomen, blijft deze ongewijzigd van kracht.

Artikel 7.3 Gevolgen van niet melden risicowijziging

- a. Verzuimt verzekeringnemer de maatschappij uiterlijk binnen 2 maanden in kennis te stellen van de risicowijziging, dan wordt de verzekering na deze 2 maanden onmiddellijk opgeschort.
- b. Indien de maatschappij de verzekering zou hebben voortgezet op andere voorwaarden en/of tegen een hogere premie, dan wordt de dekking hiervoor weer van kracht onmiddellijk nadat partijen voortzetting op nieuwe voorwaarden en/of tegen gewijzigde premie zijn overeengekomen.
- c. Indien recht op uitkering ontstaat terwijl de dekking is opgeschort, zal, op voorwaarde dat voortzetting alsnog is overeengekomen, worden gehandeld alsof de dekking volgens de nieuwe voorwaarden op het moment van de schade van kracht was.
- d. Het in dit hoofdstuk bepaalde kan niet tot verlenging van de verzekering of tot beperking van de mogelijkheid tot beëindiging uit andere hoofde leiden.

Hoofdstuk 8 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt zoals hieronder nader is bepaald:

Artikel 8.1 Opzegging door de verzekeringnemer

De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door verzekeringnemer, zoals hierna beschreven.

8.1.1 Opzegging bij einde looptijd

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde periode en wordt telkens voor de op het polisblad vermelde periode stilzwijgend verlengd, tenzij verzekeringnemer de verzekering heeft opgezegd.

De opzegging dient schriftelijk te geschieden en moet tenminste twee maanden voor het einde van deze periode in het bezit zijn van de maatschappij.

8.1.2 Beëindiging na fusie of bedrijfsoverdracht

In geval van overgang van een onderneming ten gevolge van een overeenkomst, fusie of splitsing als bedoeld in artikel 662 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, alsmede in geval van een dergelijke overgang bij faillissement, heeft de werkgever die de onderneming verkrijgt, met inachtneming van het bepaalde in artikel 664 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, recht op beëindiging van de overeenkomst per de datum van de overgang. Daartoe dient binnen een maand na de overgang van de onderneming een schriftelijk verzoek bij de maatschappij te worden ingediend en de overgang met bewijsstukken te worden aangetoond.

8.1.3 Weigering aanpassing premiepercentage en eigen behoud

Door weigering door de verzekeringnemer van een verhoging van het premiepercentage en/of eigen behoud van méér dan 25% ten opzichte van het afgelopen verzekeringsjaar conform het bepaalde in artikel 5.1.

8.1.4 Weigering aanpassing tarieven/voorwaarden

Door de weigering van verzekeringnemer akkoord te gaan met de voorgestelde gewijzigde tarieven en/of voorwaarden, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk 6, Herziening van tarieven en/of voorwaarden.

8.1.5 Weigering aanpassing premie/voorwaarden bij risicowijziging

Door de weigering van verzekeringnemer akkoord te gaan met de voorgestelde gewijzigde tarieven en/of voorwaarden, overeenkomstig de regeling genoemd onder Hoofdstuk 7, Wijziging van het risico.

Artikel 8.2 Opzegging door de maatschappij

8.2.1 Risicowijziging

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

8.2.2 Fraude

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

8.2.3 Niet betalen van de premie

Bij niet of niet tijdige betaling van de premie, overeenkomstig het bepaalde in artikel 5.4 van deze polisvoorwaarden.

8.2.4 Achterwege blijven gegevensverstrekking

Gedurende de periode dat de verzekering geen dekking biedt wegens het achterwege blijven van de gegevensverstrekking als bedoeld in artikel 5.1. De maatschappij is dan bevoegd de verzekering op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Artikel 8.3 Andere wijze van beëindiging

8.3.1 Einde verzekerd belang

Zodra het belang voor de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan door bedrijfsbeëindiging. De verzekering eindigt in dat geval per de datum van de bedrijfsbeëindiging. Hiertoe dient een bewijs van uitschrijving afgegeven door de Kamer van Koophandel dan wel afmelding als werkgever bij de Inspecteur van de Belastingdienst te worden overgelegd.

8.3.2 Faillissement

De verzekering eindigt met ingang van de dag waarop de verzekeringnemer of diens rechtsopvolger in staat van faillissement is verklaard, of de schuldsanerings-regeling natuurlijke personen op de verzekeringnemer van toepassing is, of indien de verzekeringnemer in zodanige financiële situatie is komen te verkeren, dat deze niet meer aan zijn verplichtingen voldoet of kan voldoen in het kader van loondoorbetalingsplicht bij ziekte, zoals omschreven in artikel 629 Burgerlijk Wetboek.

8.3.3 Blijvend zonder personeel

Zodra het belang voor de verzekeringnemer heeft opgehouden te bestaan omdat het bedrijf geen personeel meer in dienst heeft. In dat geval eindigt de verzekering op de datum waarop de inhoudingsplicht van de werkgever eindigt. Hiertoe dient een bewijs van afmelding bij de Inspecteur van de Belastingdienst te worden overgelegd.

8.3.4 Tijdelijk zonder personeel

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

Hoofdstuk 9 Aanvullende polisbepaling

Artikel 9.1 Grondslag van de verzekering

De door of namens verzekeringnemer aan de maatschappij verstrekte informatie alsmede de gegevens die ten behoeve van de aanvraag van deze verzekering aan de maatschappij zijn verstrekt, vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

Indien verzekeringnemer in enig opzicht niet voldaan heeft aan de op hem rustende wettelijke mededelingsverplichting, heeft de maatschappij het recht zich te beroepen op de rechtsgevolgen die de wet aan het niet nakomen van deze mededelingsverplichting verbindt.

Hoofdstuk 10 Terrorisme

De clause voor terrorismedekking is door het Verbond van Verzekeraars in Nederland ontwikkeld en geadviseerd, en geldt voor nagenoeg alle soorten sommen- en schadeverzekeringen. Gezien de verwevenheid van deze clause met de dekking die de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV. biedt, is de tekst van deze clause integraal in de polisvoorwaarden opgenomen.

Clausule terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV. (NHT)

Artikel 10.1 Begripsomschrijvingen

Voor de Clausule terrorismedekking en de daarop berustende bepalingen gelden de hierna genoemde begrippen.

10.1.1 Terrorisme

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

10.1.2 Kwaadwillige besmetting

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

met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

10.1.3 Preventieve maatregelen

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

10.1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden NV. (NHT)

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in de hiervóór vermelde begrippen 'Terrorisme', 'Kwaadwillige besmetting' en 'Preventieve maatregelen' omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

10.1.5 Verzekeringsovereenkomsten

- a. Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- b. Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c. Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

10.1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

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

Artikel 10.2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

- a. Indien en voor zover, met inachtneming van de in de hiervóór vermelde begrippen 'Terrorisme', 'Kwaadwillige besmetting' en 'Preventieve maatregelen' gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
 - terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
 - handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.
- b. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.
- c. In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:
 - schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
 - gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in het hiervóór vermelde begrip 'In Nederland toegelaten verzekeraars' tezamen, ongeacht het aantal

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

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 10.3 Uitkeringsprotocol NHT

- a. Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- b. De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
- c. Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering

aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 10.3.a bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van de Clausule terrorismedekking wordt beschouwd.

Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te Den Haag gedeponneerd onder nummer 27178761, en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003. Hierna volgt een samenvatting van het Protocol. Op verzoek zal de volledige tekst van het Protocol, inclusief toelichting, kosteloos door verzekeraar worden toegezonden.

Samenvatting uitkeringsprotocol NHT

Algemeen

De Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (verder te noemen NHT) kent een maximaal uit te keren bedrag per jaar. Deze uitkeringscapaciteit, waarvan de hoogte van jaar tot jaar kan verschillen, is voor 2003 vastgesteld op 1 miljard euro. In het 'Protocol afwikkeling claims' van de NHT wordt bepaald hoe deze maximum uitkeringscapaciteit voor de gevolgen van terrorisme wordt verdeeld over de gedupeerden.

Samenvatting procedure

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

Als u een claim indient die is veroorzaakt door terrorisme, dan geldt de hierna genoemde procedure.

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

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

Terrorisme van welk jaar?

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

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

Er kan sprake zijn van een reeks van terroristische daden die met elkaar samenhangen, maar in verschillende jaren zijn gepleegd. In dat geval wordt de terroristische daad toegerekend aan het jaar waarin de eerste daad van de reeks is gepleegd.

Een reeks eindigt in ieder geval als er meer dan zes maanden tussen de daden liggen.

Vaststelling uitkeringspercentage en vergoeding

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

Dit percentage is gelijk voor alle gedupeerden.

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

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

Definitieve afwikkeling van claims

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

- a. Zo spoedig mogelijk nadat is vastgesteld dat het om een terroristische daad gaat, stelt de NHT de eerste begroting vast. Op basis van deze begroting wordt een eerste uitkeringspercentage vastgesteld. Daarna volgt telkens uiterlijk na zes maanden een volgende begroting met eventueel een nieuw uitkeringspercentage.
- b. Uiterlijk twee jaar na de eerste begroting bepaalt de NHT het definitieve uitkeringspercentage. Een nieuwe begroting kan leiden tot een hoger

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

Hoofdstuk 11 Slotartikelen

Artikel 11.1 Verwerking persoonsgegevens

11.1.1 Verwerking persoonsgegevens verzekeringnemer

Bij de aanvraag van de verzekering en bij wijziging daarvan worden gegevens van de verzekeringnemer gevraagd.

Deze worden door verzekeraar verwerkt:

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

11.1.2 Verwerking persoonsgegevens werknemers

Voor zover bij de aanvraag of wijziging van deze verzekering persoonsgegevens van werknemers aan de maatschappij worden verstrekt, worden deze persoonsgegevens uitsluitend verwerkt ten behoeve van het berekenen van de verschuldigde premie en de vaststelling van de schadevergoeding op grond van deze verzekering.

11.1.3 Verwerking persoonsgegevens bij schade

Bij de melding van ziekte of arbeidsongeschiktheid en het recht op schadevergoeding verstrekt de verzekeringnemer aan de maatschappij persoonsgegevens die door de maatschappij kunnen worden gebruikt voor de beoordeling en vaststelling van het recht op schadevergoeding en het regelen van de ondersteuning bij re-integratie. Voor zover nodig regelt de verzekeringnemer dat door de deskundige dienst en de verzekerde de gegevens die de maatschappij in het kader van schadevergoeding en re-integratie nodig heeft, rechtstreeks door deze aan de maatschappij worden verstrekt.

11.2 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

11.3 Opschortende voorwaarde

Het kan verboden zijn dat wij een verzekerings-overeenkomst met u sluiten. Er bestaan nationale en internationale (sanctie)regels waaruit dit volgt. De overeenkomst komt niet tot stand als u of een andere belanghebbende voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst. Wij toetsen dit achteraf. Daarom is een 'opschortende voorwaarde' van kracht.

De toetsing voeren wij zo snel mogelijk uit. Als u of een andere belanghebbende niet voorkomt op een sanctielijst, dan is de overeenkomst geldig vanaf de op de polis vermelde ingangsdatum. En als een persoon wel voorkomt op een sanctielijst? Dan informeren wij de aanvrager daarover schriftelijk. Wij doen dit in ieder geval binnen 10 dagen nadat wij de polis hebben verzonden.

De opschortende voorwaarde luidt:

De overeenkomst komt alleen tot stand als uit toetsing niet blijkt dat het verboden is om op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen voor of ten behoeve van:

- verzekeringnemer;
- verzekerden, medeverzekerden en andere (rechts) personen die voordeel zouden kunnen hebben bij het bestaan van de overeenkomst;
- vertegenwoordigers en gemachtigden van het bedrijf van verzekeringnemer;
- uiteindelijk financieel belanghebbenden bij het bedrijf van verzekeringnemer.

11.4 Klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de afgesloten verzekering kunnen schriftelijk worden voorgelegd aan de directie van Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V.

Mocht de schriftelijke reactie van de maatschappij niet tot een bevredigend resultaat leiden, dan kan de verzekeringnemer zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, AG Den Haag (tel. 0900 - 335 22 48, website www.kifid.nl).

Hoofdstuk 12 Rechtsbijstand voor geschillen over de loon- doorbetalingsplicht

Artikel 12.1 Overdracht SRK : SRK Rechtsbijstand

De maatschappij heeft de uitvoering van deze rechtsbijstanddekkingen overgedragen aan: SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingkantoor voor Rechtsbijstandverzekering), bezoekadres: Bredewater 12, Zoetermeer postadres: Postbus 3020, 2700 LA Zoetermeer telefoon: 079-3448181 fax: 079-3427990 De maatschappij garandeert nakoming door het SRK van de in deze voorwaarden genoemde verplichtingen.

Artikel 12.2 Begripsomschrijvingen

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

Artikel 12.3 Gebeurtenis en behoefte aan rechtsbijstand

- a. **Onder gebeurtenis** wordt verstaan het voorval dat aanleiding is voor een juridisch geschil waardoor voor de verzekeringnemer behoefte aan rechtsbijstand ontstaat. Een juridisch geschil wordt geacht te zijn ontstaan op het moment dat voor het eerst een belangentegenstelling met de wederpartij bestaat.
- b. **Indien sprake is van met elkaar samenhangende gebeurtenissen**, is het tijdstip van de 1e gebeurtenis in die reeks bepalend voor de vaststelling van het tijdstip van de gebeurtenis.
- c. **De gebeurtenis en de daaruit voortvloeiende behoefte aan rechtsbijstand** moet zich hebben voorgedaan

gedurende de looptijd van de verzekering en buiten de wachtermijn voor zover deze van toepassing is.

- d. Er kunnen geen rechten aan de verzekering worden ontleend indien de verzekeringnemer een gebeurtenis aanmeldt:
- die bij het tot stand komen van de verzekering te verwachten of redelijkerwijs te voorzien is geweest,
 - méér dan 12 maanden na het plaatsvinden daarvan, doch nooit meer dan 6 maanden na beëindiging van de verzekering.
- e. Indien ter zake van een gebeurtenis geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend, zijn ook de hieruit voortvloeiende en/of daarmee samenhangende juridische geschillen uitgesloten van dekking.

Artikel 12.4 Omvang van de dekking

12.4.1 Omschrijving van de dekking

Gedekt is het verlenen van rechtsbijstand indien de verzekeringnemer in hoedanigheid van werkgever door een werknemer wordt aangesproken ter zake loondoorbetalingsplicht in de zin van deze polis.

Beperkt het geschil tussen de verzekeringnemer en werknemer zich niet tot de hier bedoelde loondoorbetalingsplicht dan heeft de verzekeringnemer alleen recht op de onder artikel 12.4.2 genoemde juridische adviesbijstand.

12.4.2 Juridische adviezen

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

12.4.3 Kosten van rechtsbijstand

- a. De kosten verbonden aan het geven van juridisch advies en behandeling door het SRK zijn tot een onbeperkt bedrag gedekt.
- b. Voor de te maken externe kosten als genoemd onder artikel 12.4.4 geldt een dekkingssom van maximaal € 5.000,- per gebeurtenis.

12.4.4 Vergoed worden:

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

Artikel 12.5 Onderlinge geschillen/ Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beiden aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand, zal het SRK hiervan mededeling doen aan beide verzekerden. In dat geval heeft verzekerde het recht zijn belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, zoals geregeld in artikel 12.8 lid d van deze voorwaarden, te laten behartigen.

Artikel 12.6 Uitsluitingen

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

- a. handelt in strijd met de polisvoorwaarden en daardoor de belangen van de maatschappij en/of het SRK schaadt. Daarvan is in ieder geval sprake, als de zaak zo laat is aangemeld, dat het SRK niet meer in staat is zelf de rechtsbijstand te verlenen of dit alleen

maar met extra inspanning of met extra kosten de rechtsbijstand zou kunnen doen.

- b. zonder toestemming van het SRK een advocaat, andere rechtens bevoegde deskundige, mediator of een expert inschakelt.
- c. bij een beroep op deze polis een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden.
- d. rechten kan ontnemen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand, het geven van juridische adviezen of het vergoeden van kosten van rechtsbijstand en de verzekeringnemer die andere verzekering reeds heeft ingeschakeld.

Artikel 12.7 Aanmelding van de zaak en verplichtingen van de verzekeringnemer

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

Artikel 12.8 Verlenen van rechtsbijstand

- a. Het SRK behandelt de aangemelde zaken door de eigen medewerkers, waaronder mede begrepen advocaten die in dienstbetrekking staan tot het SRK. Het SRK zal daarbij altijd, voor zover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne nastreven.
- b. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden zal het SRK, voor zover mogelijk zelf, de rechtsbijstand verlenen.

- c. Het SRK zal de rechtsbijstand (blijven) verlenen voor zover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien succes in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd meedelen aan de verzekeringnemer.
- d. Indien ingevolge de polisvoorwaarden of naar de mening van het SRK een zaak aan een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige buiten het SRK uitbesteed moet worden, zal de verzekeringnemer worden bijgestaan door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van eigen keuze die in overleg met het SRK moet worden aangesteld. Alleen het SRK heeft de bevoegdheid om namens de verzekeringnemer de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te geven. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of aldaar rechtens zijn toegelaten.
- e. Indien het SRK van mening is dat het financieel belang van de verzekeringnemer de te maken kosten niet rechtvaardigt, is het SRK gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, de verzekeringnemer een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang. De rechten die ter zake deze gebeurtenis voor de verzekeringnemer voortvloeien uit deze voorwaarden, komen na de betaling van het bedrag te vervallen (afkoop).

Artikel 12.9 Geschillen over de behandeling door het SRK

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

De verzekeringnemer kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat in gevolge artikel 12.8 lid a van deze voorwaarden geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak. De verzekeringnemer dient in dat geval in een brief aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij het niet eens is met het SRK.

De geschillenregeling omvat het volgende:

- a. Het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat, voor zover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is.
De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekeringnemer.
- b. De verzekeringnemer heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze. Indien de verzekeringnemer geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met de verzekeringnemer welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen.
- c. Het SRK draagt de zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde hem in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen.
- d. Het uitgebrachte advies is voor het SRK bindend.
- e. Het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies.
- f. Deelt de advocaat de mening van de verzekeringnemer, dan kan het SRK de zaak volgens het uitgebrachte advies verder behandelen. Behandelt het SRK verder niet zelf, dan heeft de verzekeringnemer de vrije keuze wie de zaak verder volgens het uitgebrachte advies zal behandelen. De in het kader van deze geschillenregeling ingeschakelde advocaat of een kantoorgenoot van hem mag de zaak verder niet behandelen. Het SRK verstrekt voor de verdere behandeling schriftelijk opdracht.
- g. Deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan de verzekeringnemer de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak – die de verzekeringnemer verplicht is binnen één maand nadat uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden – blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 12.4.3 en 12.4.4 van deze voorwaarden, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden.
- h. De verzekeringnemer kan geen beroep doen op de geschillenregeling als met goedkeuring van de verzekeringnemer door het SRK reeds een advocaat, voor zover deze niet in dienstbetrekking staat tot het SRK, of andere rechtens bevoegde deskundige, is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak of een advocaat reeds een advies in het kader van de geschillenregeling voor het geschil heeft uitgebracht.

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

- a. De verzekeringnemer kan een rechtsvordering tegen de het SRK instellen indien het SRK meent dat de gebeurtenis geen aanleiding geeft om rechten aan deze verzekering te ontfangen.
- b. Indien de rechter de verzekeringnemer in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, zoals genoemd in de artikelen 12.4.3 en 12.4.4 van deze voorwaarden vergoeden.

Artikel 12.10 Vervaltermijn

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

Artikel 12.11 Adres

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

Artikel 12.12 Verwerking persoonsgegevens

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

Artikel 12.13 Klachten

Klachten over het SRK kunnen schriftelijk worden ingediend bij:

SRK-klachtenbureau
Postbus 3020
2700 LA ZOETERMEER

Het SRK-klachtenbureau bestaat uit een aantal klachtfunctionarissen. Een klachtfunctionaris heeft tot taak de klacht te onderzoeken en af te laten handelen. Hij probeert zo snel mogelijk met de klager in contact te treden en stuurt binnen één week daarna een schriftelijke bevestiging van wat er is besproken, waaronder wie de klacht verder afhandelt en wanneer klager een inhoudelijke reactie krijgt.

Hoofdstuk 13

Verzuimmanagementpakket

Verzuimmanagement

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

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

Deze ondersteuning bestaat uit de volgende onderdelen:

Artikel 13.1 Informatie en advies

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

Artikel 13.2 Opstellen Plan van Aanpak

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

Artikel 13.3 Uitvoering Plan van Aanpak

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

- b. Keerpunt kan de uitvoering van het Plan van Aanpak weigeren indien naar het oordeel van Keerpunt geen wezenlijke bijdrage wordt geleverd aan verkorting van de verzuimduur.

Artikel 13.4 Bijdragen in kosten interventies

13.4.1 Kosten interventies

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

13.4.2 Maximering vergoeding

De vergoeding op grond van artikel 13.4.1 kan nooit meer bedragen dan 50% van de feitelijke kosten, na aftrek van eventuele subsidies en tegemoetkomingen die de werkgever uit andere hoofde ontvangt.

Indien het casemanagement via Keerpunt of Hudson verloopt en de vergoeding vooraf is aangevraagd kan de vergoeding maximaal 80% bedragen van de feitelijke kosten, na aftrek van eventuele subsidies en tegemoetkomingen die de werkgever uit andere hoofde ontvangt.

Artikel 13.5 Poortwachtergarantie

De maatschappij stelt de werkgever schadeloos voor financiële sancties die door het UWV worden opgelegd bij het niet nakomen van de verplichtingen vanuit de Wet verbetering poortwachter.

De verzekeringnemer kan een beroep doen op deze garantie voor ziektegevallen ontstaan op of na 1 januari 2005 voor zover:

- de adviezen met betrekking tot re-integratie, verstrekt door de maatschappij, de door de maatschappij geaccepteerde deskundige dienst of Keerpunt zijn opgevolgd en
- uiterlijk in de 8e ziekte week Keerpunt is benoemd tot casemanager.

Hoofdstuk 14 Werkhervatting- compensatie

Artikel 14.1 WIA beschikking

Elke beschikking van het UWV, niet zijnde een medische beschikking, met betrekking tot de toekenning, wijziging, weigering, opschorting of intrekking van het recht op een WIA-uitkering of de hoogte ervan.

Artikel 14.2 Wachtijd voor de WIA

Onder de wachtijd voor de WIA wordt verstaan de wachtijd van 104 weken, gerekend vanaf de eerste ziekte dag, rekening houdend met de samenstelling van ziekteperiodes. Indien de wachtijd is verlengd op grond van het bepaalde in Hoofdstuk 3 van de WIA wordt die verlengde wachtijd in aanmerking genomen.

Artikel 14.3 Omvang van de dekking

Deze aanvullende dekking heeft tot doel de verzekeringnemer een tegemoetkoming te verlenen voor een werknemer van wie door het UWV is bepaald dat hij op de eerste dag na afloop van de wachtijd voor de WIA minder dan 35% arbeidsongeschikt is en daardoor geen recht heeft op een WIA-uitkering.

Artikel 14.4 Hoogte van de uitkering

De uitkering wordt vastgesteld op een bedrag ineens van 25% van het verzekerd loon van de werknemer, zoals dat gold op de eerste ziekte dag van de werknemer eventueel vermeerderd met de op het polisblad vermelde procentuele opslag voor werkgeverslasten.

Artikel 14.5 Betaling van de uitkering

De uitkering wordt verleend binnen één maand nadat de maatschappij de beschikking van het UWV heeft ontvangen waarin wordt vermeld dat geen WIA-uitkering wordt verstrekt vanwege arbeidsongeschiktheid van minder dan 35%.

Artikel 14.6 Hernieuwd recht op uitkering

Als een uitkering is verleend, kan alleen opnieuw aanspraak worden gemaakt op een uitkering voor dezelfde werknemer indien deze werknemer opnieuw de wachtijd voor de WIA heeft doorgemaakt.

Artikel 14.7 Ziek bij aanvang van de verzekering

Geen recht op uitkering bestaat indien de eerste dag van de bij de WIA-uitkering in acht genomen wachtijd is gelegen vóór de datum waarop de aanvullende dekking is ingegaan.

Artikel 14.8 Geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bij einde van de dekking

Indien de aanvullende verzekering wordt beëindigd, bestaat er geen recht op uitkering voor ziektegevallen waarvan het einde van de wachtijd voor de WIA ligt na de einddatum van de verzekering.

Artikel 14.9 Uitzondering op premiebijstelling

De uitkeringen op grond van deze aanvullende dekking blijven buiten beschouwing bij de jaarlijkse herziening van het premiepercentage dan wel het eigen behoud op grond van de Algemene Polisvoorwaarden.

