

- 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 arbeidsonderbreking 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 aan verzekerde verwijtbaar gedrag zoals diefstal en 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 overlijdensrisico

Art. 29 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module dekt verzekeraar het overlijdensrisico van verzekerde.
- b. Indien verzekerde ouder is dan 65 jaar, hetzij bij aanvraag of gedurende de looptijd van deze module, dekt verzekeraar enkel het overlijdensrisico van verzekerde als dit het rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van een ongeval.

Art. 30 Verzekeringsuitkering:

- a. De uitkering draagt in geval van overlijden van verzekerde een som die:
 - indien een dalend bedrag is verzekerd (waaronder PL, HK en LS), gelijk is aan een bedrag berekend op basis van een annuïtair dalend bedrag (rente 10%) met als uitgangspunt het voor verzekerde op het certificaat vermelde verzekerd bedrag voor overlijden.
 - indien een gelijkblijvend bedrag is verzekerd (waaronder DK, SK en VK), gelijk is aan het voor verzekerde op het certificaat vermelde verzekerd bedrag voor overlijden.
- b. De uitkering wordt verminderd met eventueel nog verschuldigde premies en/of kosten die voor rekening van verzekeringnemer komen.
- c. De keuze voor een dalend of gelijkblijvend bedrag staat vermeld op het certificaat. Indien dit niet op het certificaat is vermeld, zal er uitgekeerd worden conform een dalend bedrag.

Art. 31 Verplichtingen bij schade en bewijsstukken:

- a. In geval van overlijden van de verzekerde is de verzekeringnemer, begunstigde en/of nabestaande verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.
- b. De betaling van de verzekerde uitkeringen geschiedt nadat de volgende stukken door verzekeraar zijn ontvangen en geaccepteerd en het recht van de begunstigde is erkend:
 - de polis;
 - een uittreksel uit de akte van overlijden of ander wettig bewijs van overlijden van de verzekerde;
 - een verklaring van een arts over de oorzaak van de dood van de verzekerde.

Art. 32 Uitsluitingen bij overlijdensrisico: Geen recht op uitkering bestaat, indien:

- a. Blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering een onjuiste verklaring over zijn gezondheid 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. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de gebeurtenis een ongeval betreft;
- c. de verzekerde overlijdt door zelfmoord of ten gevolge van een poging daartoe, tenzij 2 jaren zijn verlopen na de ingangsdatum van de module;
- d. de verzekerde overlijdt in krijgsdienst of gewapende dienst bij een andere mogendheid dan het Koninkrijk der Nederlanden.
- e. de verzekerde overlijdt door een bij het afsluiten van deze polis reeds aanwezige ziekte of aandoening waarvan bij het afsluiten van deze polis kon worden aangenomen dat de levensverwachting minder was dan 3 jaar.

Bijzondere bepalingen betreffende Zeker Lenen Plus

Ziekenhuisopname

Art. 33 Verzekerde dekking

Gedurende de looptijd van deze module dekt de verzekeraar het risico van ziekenhuisopname van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval.

Art. 34 Verzekeringsuitkering

Het recht op uitkering ontstaat op het moment dat verzekerde langer dan 72 achtereenvolgende uren in het ziekenhuis wordt opgenomen ten gevolge van een ongeval, mits de opname in het ziekenhuis onmiddellijk na het ongeval heeft plaatsgevonden.

De uitkering voor ziekenhuisopname wordt gedaan na het einde van de opname in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door de daguitkering van euro 50,- te vermenigvuldigen met het aantal volle dagen van ziekenhuisopname, gerekend vanaf de eerste dag van opname, met een maximum van 90 dagen per verzekerde per polis.

Art. 35 Verplichtingen bij schade

Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:

- a. Een bewijs van ziekenhuisopname (persoonlijke gegevens, datum opname/ontslag en stempel ziekenhuis; op te vragen bij de administratie van het betreffende ziekenhuis) schriftelijk aan verzekeraar te overleggen.
- b. Alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan haar of aan door haar 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.

Verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van deze verplichtingen.

Job Care

Art. 36 Voorwaarden:

- Gedurende de looptijd van de polis kan verzekerde een beroep doen op Job Care. Verzekerde dient zijn schade (ziekte, ongeval of werkloosheid) te hebben gemeld conform artikel 6.
- a. In geval van arbeidsongeschiktheid; verzekerde dient tevens te verwachten niet terug te kunnen keren in de functie die hij net voor zijn ziekte uitoefende. Verzekerde kan alleen een beroep doen op Job Care bij Arbeidsongeschiktheid indien hij aan verzekeraar toestemming heeft gegeven zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf en indien zijn werkgever schriftelijk en uitdrukkelijk heeft ingestemd met reïntegratie elders dan in zijn bedrijf en de werkgever de kosten van deze reïntegratie aanvaardt.
 - b. In geval van werkloosheid; verzekerde dient tevens de datum van zijn ontslag schriftelijk te melden aan verzekeraar. Verzekerde kan alleen een beroep doen op Job Care bij Werkloosheid indien hij aan verzekeraar toestemming heeft gegeven zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf.

Art. 37 Service:

Indien verzekerde in aanmerking komt voor Job Care, zal een consultant van een reïntegratiebedrijf contact opnemen met verzekerde. Het reïntegratiebedrijf zal vervolgens naar eigen inzicht en beleid de verzekerde begeleiden richting een nieuwe functie. Job Care eindigt wanneer verzekerde in contact is gebracht met het reïntegratiebedrijf.

Art. 38 Verantwoordelijkheid:

Job Care is een extra service en kan op geen enkele wijze een positief resultaat garanderen.

Art. 39 Uitsluitingen:

Geen recht op de extra service bestaat indien:

- a. verzekerde bij het beroep doen op Job Care geen polis bij verzekeraar heeft lopen;
- b. verzekerde bij het beroep doen op Job Care zijn schade niet heeft gemeld conform artikel 6;
- c. verzekerde bij het beroep doen op Job Care in geval van arbeidsongeschiktheid verwacht terug te kunnen keren in de functie die hij net voor zijn ziekte of ongeval uitoefende;
- d. verzekerde bij het beroep doen op Job Care verzekeraar niet heeft gemachtigd zijn gegevens door te sturen naar een reïntegratiebedrijf;
- e. de werkgever in geval van arbeidsongeschiktheid niet schriftelijk en uitdrukkelijk heeft ingestemd met

- reïntegratie elders dan in zijn bedrijf en de werkgever de kosten van deze reïntegratie niet aanvaardt;
- f. verzekerde binnen 24 maanden na het ontstaan van de schade geen beroep heeft kunnen doen op Job Care.

Home Care

Art. 40 De wettelijke regeling: Wet Voorzieningen Gehandicapten:

De verzekerde die arbeidsongeschikt wordt kan problemen krijgen met zelfstandig blijven wonen. Men kan bijvoorbeeld in een rolstoel terechtkomen, waardoor de woonsituatie zal moeten veranderen. In het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) heeft de gemeente de verantwoordelijkheid voor de verstrekking van zogenaamde woonvoorzieningen. Een woonvoorziening kan bijvoorbeeld bestaan uit het aanpassen van de keuken, het leggen van rolstoeltapijt of het installeren van een patiëntenlift. Iedere lichamelijke gehandicapte die blijvend aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van wonen of het zich binnen of buiten de woning verplaatsen, komt in aanmerking voor deze voorzieningen. Bij de gemeente kan men een aanvraagformulier verkrijgen, alsmede de benodigde verdere informatie. Elke gemeente heeft haar WVG-beleid in een verordening vastgelegd. Daarin staat onder meer hoe de gemeente de aanvrager financieel tegemoet komt. De gemeente vergoedt vaak niet alle kosten van de woonvoorziening. Per gemeente kan het beleid verschillen, alhoewel de rijksoverheid een wettelijk verplicht kader heeft opgesteld.

Art. 41 Service:

- De verzekerde die krachtens de Wet Voorzieningen Gehandicapten een woonvoorziening heeft gekregen komt in aanmerking voor Home Care. Deze aanvullende service van verzekeraar verlicht de financiële gevolgen van de aanvraag van de woonvoorziening. Home Care is van toepassing op de belangrijkste woonvoorzieningen binnen de Wet Voorzieningen Gehandicapten:
- woningaanpassing: bouwkundige (onroerende) aanpassingen die bedoeld zijn om ergonomische beperkingen van de gehandicapte in het normale gebruik van de woning op te heffen of te verminderen;
 - roerende woonvoorzieningen: rolstoelvast tapijt, mobiele patiëntenliften of niet nagelvast bevestigde hulpmiddelen voor baden en douchen. Woningsanering in verband met onder andere CARA valt ook onder deze voorzieningen;
 - vergoeding in de kosten van verhuizing en inrichting: verhuizen naar een reeds aangepaste of goedkoper aan te passen woning is een alternatief voor woningaanpassing. In bepaalde gevallen kan de gemeente dit de beste oplossing vinden.

Vergoeding van de eigen bijdrage

Home Care vergoedt de kosten van woningaanpassing of roerende woonvoorzieningen die de verzekerde voor eigen rekening moet nemen door een beroep te doen op de Wet Voorzieningen Gehandicapten (de eigen bijdrage) tot maximaal euro 5.000,-.

Verhuisbonus

Home Care keurt euro 1.000 uit aan de verzekerde indien deze moet verhuizen als gevolg van het doen van een beroep op de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Is bij verhuizing tevens woningaanpassing nodig, dan ontvangt de verzekerde zowel de verhuisbonus als de vergoeding van de eigen bijdrage zoals hierboven beschreven.

Art. 42 Verantwoordelijkheid:

Home Care is op geen enkele manier aansprakelijk te stellen voor de mogelijke gevolgen van de verkregen woonvoorziening. Home Care is een aanvullende service en assisteert slechts in financiële zin.

Art. 43 Benodigde documenten:

De verzekerde moet een bewijs van de hoogte van de eigen bijdrage indienen bij verzekeraar, zodat laatstgenoemde vast kan stellen welk bedrag Home Care vergoedt. De verzekerde moet bij verhuizing zoals hierboven beschreven een bewijs van moeten verhuizen indienen bij verzekeraar. Verzekeraar behoudt zich het recht voor beide bewijzen te verifiëren. De verzekerde dient hieraan volledige medewerking te verlenen.

Art. 44 Wettelijke wijzigingen:

In principe geldt de Wet Voorzieningen Gehandicapten zoals deze bij de ontwikkeling van Home Care (mei 1998) luidde. Indien deze wet wijzigt, zodanig dat het principe van Home Care wordt ondermijnd, dan heeft verzekeraar het recht naar eigen goeddunken te oordelen over het al dan niet toekennen van de vergoeding van de eigen bijdrage of de verhuisbonus.



CARDIF ZEKER LENEN (PLUS) ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN ZL0106

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

Algemene Bepalingen

Art. 1 Begripsomschrijvingen:

- a. **Verzekeraars:** CARDIF Schadeverzekeringen N.V. en CARDIF Levensverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout. De bij CARDIF Schadeverzekeringen ondergebrachte dekkingen zijn arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. De bij CARDIF Levensverzekeringen ondergebrachte dekking is overlijdensrisico.
- b. **Verzekeringnemer:** de persoon die met verzekeraar de polis is aangegaan of diens rechtsopvolger(s) bij overlijden van verzekeringnemer. Verzekerde 1 is verzekeringnemer conform hetgeen vermeld op het certificaat. Indien op het certificaat enkel voor verzekerde 2 dekking(en) is/zijn vermeld, dan is verzekerde 2 de verzekeringnemer, in tegenstelling tot hetgeen vermeld op het certificaat.
- c. **Begunstigde:** de natuurlijke persoon of rechtspersoon aan wie enige uitkering dient te geschieden en die als zodanig is vermeld op het certificaat.
- d. **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 modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid, waardoor deze modules niet door een zelfstandig ondernemer zijn af te sluiten.
- e. **Verzekerd maandbedrag:** het op het certificaat aangegeven verzekerde maandbedrag met een maximum van euro 2.000,- 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 maandlasten van verzekerde zonder dat dit aan verzekeraar schriftelijk kenbaar is gemaakt of indien bij een werkloosheidsschade blijkt dat wegens uitkering van het aangegane verzekerd maandbedrag verzekerde er in het totale inkomen na werkloosheid duidelijk op vooruit gaat ten opzichte van het inkomen voor werkloosheid, dan behoudt verzekeraar zich het recht voor bij een eventuele schade-uitkering het verzekerd bedrag naar rato te verlagen. De teveel betaalde premie zal in dat geval op basis van de 78-methode en onder inhouding van kosten worden terugbetaald.
- f. **Verzekerd bedrag** bij overlijden: het op het certificaat aangegeven verzekerde bedrag met een maximum van euro 50.000,- per verzekerde.
- g. **Eigen risico periode:** de periode waarin verzekerde tijdens zijn arbeidsongeschiktheid of werkloosheid geen recht heeft op een uitkering. De eigen risico periode is van toepassing op elke, ook zich recidiverende, ziekte en vangt voor de module arbeidsongeschiktheid aan op de dag waarop door een arts de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. Voor de module werkloosheid vangt de eigen risico periode aan op de dag waarover een volledige uitkering krachtens de Nederlandse werkloosheidswetgeving wordt toegekend. Indien op het certificaat geen eigen risico periode staat vermeld voor een module, dan bedraagt deze 365 dagen.
- 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.
- 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 door wiens tussenkomst de verzekering tot stand is gekomen.
- k. **Zelfstandig ondernemer:** de persoon die:
 - Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent en als zodanig is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel; of
 - Anders dan in dienstbetrekking alleen of samen met anderen een beroep uitoefent; of

- Als directeur-aandeelhouder door de bedrijfsvereniging niet als verzekerde krachtens de verplichte werknemersverzekeringen wordt aangemerkt.
- Polis:** de verzekeringsovereenkomst tussen verzekeringnemer en verzekeraar, vastgelegd in onder meer het certificaat, de op het certificaat vermelde algemene verzekeringsvoorwaarden en de stukken zoals bedoeld in artikel 2.
- Certificaat:** het door verzekeringnemer en verzekeraars ondertekende certificaat is een bevestiging van de polis.

Art. 2 Grondslag van de verzekering:

- a. De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen op het aanvraagformulier en/of certificaat vormen de grondslag van de polis en worden geacht daarmee één geheel te vormen. In geval de hiervoor genoemde opgaven en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging, heeft verzekeraar het recht zich op vernietigbaarheid van de polis te beroepen.
- b. Onder verzwijging wordt mede verstaan het geval dat bij de aanvraag wist, dan wel had horen te begrijpen dat de verzekeraar bij mededeling daarvan de polis niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou hebben gesloten.
- c. Indien gedurende de looptijd van een module het oorspronkelijke verzekerd (maand)bedrag en/of de verzekerde dekking wordt/worden verhoogd en/of verlengd, dan gelden met betrekking tot dit verhoogde en/of verlengde deel wederom alle (medische) waarborgen, dekkingbeperkingen en/of uitsluitingen die van toepassing zouden zijn indien op dat moment een nieuwe polis zou zijn aangegaan.

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 certificaat. De dekking van elke module is nader omschreven in de bijzondere bepalingen, welke behoren bij deze algemene bepalingen en daarmee één geheel vormen. Enkel indien op een certificaat op de daarvoor door verzekeraar bedoelde locatie staat geprint 'Zeker Lenen Plus' en de bij dit product behorende premie op het certificaat is vermeld, dan zijn op dat certificaat tevens de bijzondere bepalingen betreffende Zeker Lenen Plus van toepassing.

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

- a. Elke module van deze verzekering is van kracht vanaf de ingangsdatum, zoals op het certificaat vermeld, mits de premie tijdig op rekening van verzekeraar is bijgeschreven, zoals beschreven in artikel 11.
- 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 certificaat te retourneren aan verzekeraar. Verzekeraar zal in dat geval de al gestorte bedragen terugstorten onder aftrek van euro 80,- aan administratiekosten, mits de polis al was opgemaakt.
- c. Een module is aangegaan voor de looptijd zoals op het certificaat vermeld. Indien blijkt dat wegens de aan- gevraagde looptijd op het certificaat een module langer zal lopen dan de maximale eindleeftijd conform lid d2 van dit artikel, dan zal de dekking worden aangepast in overleg met tussenpersoon en verzekeringnemer.
- 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:
 - op de einddatum van de module, zoals vermeld op het certificaat;
 - op de laatste dag van de maand volgend op de maand waarin verzekerde 65 jaar wordt of, alléén voor de module overlijdensrisico, waarin verzekerde 75 jaar wordt;

- op de datum van het overlijden van verzekerde;
- op de datum dat verzekerde emigreert;
- indien de verzekerde of de verzekeringnemer opzettelijk onjuiste gegevens heeft verstrekt of heeft laten verstrekken;

Bovendien eindigen de modules arbeidsongeschiktheid en werkloosheid voor een verzekerde ook:

- indien verzekerde (vervroegd) met pensioen gaat of gebruik maakt van een VUT-regeling;
- indien verzekerde de actieve beroepsbezigheden stopzet door een andere oorzaak dan arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.
- indien verzekerde gaat werken als zelfstandig ondernemer.
- Een module eindigt, in geval van maandpremiebetaling, naast de in de hierboven genoemde gevallen, tevens:
 - 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 eenmalige premiebetaling 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 schijven dat het originele certificaat of, indien de opzegging pas op een later tijdstip van kracht wordt, een kopie daarvan, meegezonden te worden. Een schade ontstaan door 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.
- f. Verzekeraar zal bij een verpande polis de financierings- maatschappij inlichten over de beëindiging van de polis.

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 of, alléén voor de module overlijdensrisico, ouder was dan 69 jaar;
- e. het schadegeval (mede) kan worden toegerekend aan gebruik door verzekerde van alcohol, 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 hetzij direct, hetzij indirect kan worden toegerekend aan een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, muiterij of terrorisme. Voor de 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 gedeponneerd 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:

- Verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande is verplicht verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden nadat het schadegeval zich heeft voorgedaan, kennis te geven van de ontstane schade.
- Na de eerste schademelding ontvangt verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde en/of nabestaande een schadeformulier. Dit formulier dient, overeenkomstig met de instructies, ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd aan CARDIF Schadeverzekeringen N.V. / CARDIF Levensverzekeringen N.V., t.a.v. de afdeling schade, postbus 4006, 4900 CA te Oosterhout.
- 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 haar 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 de begunstigde. Indien de op het certificaat vermelde begunstiging wordt beëindigd, dan treedt verzekeringnemer of diens rechtspolvolger(s) bij overlijden van verzekeringnemer automatisch in de plaats van de originele begunstigde.

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

- Een periodieke uitkering eindigt:
 - op de dag waarop de schade die leidde tot de periodieke uitkering ophoudt te bestaan;
- op de dag dat de betreffende module eindigt conform artikel 4d;
- indien verzekeraar het maximaal aantal uitkeringen heeft gedaan voor een module, zoals beschreven in de bijzondere bepalingen inzake de module arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.
- Indien verzekerde, verzekeringnemer, begunstigde en/of nabestaande één of meer verplichtingen bij schade zoals vermeld in de bijzondere bepalingen niet 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 onterecht gedane uitkeringen terug te vorderen.

Art. 10 Maximale uitkering:

Het maximaal uit te keren bedrag voor alle bij CARDIF Schadeverzekeringen N.V. verzekerde dekkingen tezamen bedraagt euro 140.000,- per verzekerde. Het voor de dekking voor lidensrisico maximaal uit te keren bedrag bij CARDIF Levensverzekeringen N.V. middels dit certificaat, tezamen met eventuele overige overlijdensrisicodekkingen op certificaten, bedraagt euro 50.000,- per verzekerde.

Art. 11 Premiebetalng:

- In geval van éénmalige premiebetalng:
 - dient de koopsom binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de verzekering door verzekeringnemer te zijn voldaan. Indien de koopsom niet binnen deze termijn aan verzekeraar is voldaan, dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de koopsom door verzekeraar is ontvangen. 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.
- indien de dekking na een opschorting als hiervoor bedoeld wordt hersteld en blijkt, dat op de datum van herstel van de verzekering de situatie zoals weergegeven in de stukken bedoeld in artikel 2 van deze voorwaarden, zo veranderd is, dat verzekeraar het risico niet of onder andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd, dan kan de dekking door verzekeraar worden beperkt of geweigerd. Een verandering in de hier bedoelde zin doet zich in ieder geval voor indien verzekerde gedurende de opschortingsperiode een ongeval heeft gekregen of zich gedurende die periode bij verzekerde een ziekte en/of arbeidsongeschiktheid heeft geopenbaard. Verzekeringnemer of verzekerde is verplicht een dergelijke verandering direct schriftelijk aan verzekeraar te melden.

- indien verzekeraar een lagere koopsom ontvangt dan vermeldt op het certificaat, dan zal het aangevraagde verzekerd (maand)bedrag pro rata worden aangepast aan de daadwerkelijk ontvangen koopsom.
- In geval van maandpremiebetaling:

De minimale maandelijkse premie bedraagt euro 10,-. De premie wordt maandelijks automatisch geïncasseerd van het door de verzekeringnemer op het certificaat vermelde bank- of girorekeningnummer. Verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde 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 dan wordt de dekking vanaf de ingangsdatum opgeschort totdat de premie is ontvangen en is de verzekeraar 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.

Art. 12 Premierestitutie:

- Indien de verzekering eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 4, artikel 4e of artikel 14b, dan bestaat recht op restitutie. Indien de module arbeidsongeschiktheid en/of werkloosheid eindigt als het uitsluitende gevolg van een gebeurtenis zoals genoemd in artikel 4d lid 3, 6, 7 en 8, dan bestaat recht op restitutie van het niet verbruikte deel van de koopsompremie. Bij maandpremiebetaling vindt geen premierestitutie plaats.
- De hoogte van de premierestitutie wordt bepaald door de totaal betaalde brutopremie te verminderen met 7,5% wegens kosten (met een minimum van euro 80) en vervolgens te vermengen(vuldigen met de volgende factor (78-methode): (N-T) (N-T+1)/N(N+1), waarbij N staat voor de gekozen verzekeringsduur in maanden en T voor het aantal volle maanden gelegen tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van restitutie. Een gedetailleerde tabel waarmee het restitutiebedrag berekend kan worden is bij de verzekeraar beschikbaar.
- Van de onder lid b van dit artikel genoemde uitkomst, zijnde het restitutiebedrag, worden alle eventuele schade-uitkeringen op de te restitueren polis 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.

Art. 14 En bloc-bepaling:

- Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van dezelfde soort als deze verzekering en bloc 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.
- 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.
- De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer 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.
- De mogelijkheid van premiewijziging door verzekeraar is alleen van toepassing in geval van maandpremiebetaling.

Art. 15 Overdraagbaarheid:

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

Art. 16 Verval van rechten en verjaring:

- Ieder recht van de verzekeringnemer ten opzichte van de verzekeraar terzake 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.
- 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:

- 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.
- De in het kader van deze verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde verzekerdenadministratie/-registratie. Hierop is een privacyreglement van toepassing.

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:

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

Art. 19 Toepasselijk recht en klachten-behandeling:

- Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.
- Voor klachten naar aanleiding van de verzekering kan verzekeringnemer zich schriftelijk wenden tot het klachtenbureau van CARDIF Schadeverzekeringen N.V. / CARDIF Levensverzekeringen N.V., postbus 4019, 4900 CA te Oosterhout. Indien partijen niet tot overeenstemming komen, kan verzekeringnemer zich wenden tot het Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag.

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid

Art. 20 Verzekerde dekking:

- Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het certificaat vermelde eigen risico periode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.
- Arbidsongeschiktheid 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.
- Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-IV TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze module.
- Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel en verwijzend naar het gestelde in artikel 24 lid e is in ieder geval niet verzekerd: chronisch vermoeidheidssyndroom en equivalenten hiervan,

fibromyalgie en equivalenten hiervan, chronisch pijnsyndroom en equivalenten hiervan, post-viraal syndroom, specifieke RSI, whiplash en post-whiplashsyndroom en bekeninstabiliteit.

- Verzekerde dient op de laatste werkdag direct voorafgaand aan de eerste dag van arbeidsongeschikt-heid voor ten minste 18 uren 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.
- Indien bij verzekerde vóór de ingangsdatum van de verzekering Diabetes Mellitus is vastgesteld dan is voor hem, in tegenstelling tot hetgeen vermeld in lid b van dit artikel, arbeidsongeschiktheid enkel aanwezig indien hij of zij rechtstreeks en uitsluitend door een ongeval of een psychiatrische aandoening, zoals vermeld in lid c van dit artikel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Een arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een lichamelijke ziekte valt derhalve niet onder de dekking. Het verzekerd maandbedrag voor arbeidsongeschiktheid voor de betreffende verzekerde zal enkel in de omstandigheid zoals in dit lid omschreven worden verhoogd met 1/3e deel van het op het certificaat vermelde verzekerd maandbedrag.

Art. 21 Verzekeringsuitkering:

- Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat, met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het certificaat:
 - Gedurende het eerste ziektejaar: indien verzekerde volledig arbeidsongeschikt is conform de wettelijke bepalingen inzake arbeidsreïntegratie (uitgevoerd door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), gedurende een periode van maximaal 12 maanden te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van volledige arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform artikel 22.
 - Gedurende het tweede ziektejaar: indien verzekerde voor tenminste 45% van het aantal contractuele werkuren per week arbeidsongeschikt is voor zijn werkzaamheden conform de wettelijke bepalingen inzake arbeidsreïntegratie (uitgevoerd door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), gedurende een periode van maximaal 12 maanden te rekenen vanaf de 366ste dag van arbeidsongeschiktheid. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform artikel 22.
 - nadat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheids-verzekeringen en hierbij voor tenminste 45% arbeids-ongeschikt is verklaard. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschikt een uitkering doen conform artikel 22.
 - Het aantal maandelijkse uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in artikel 22, is beperkt tot maximaal 120 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
 - Een voorlopige vaststelling van het arbeidsongeschikt-heidspercentage in afwachting van een definitieve keuring door het uitvoeringsorgaan van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, wordt niet als een arbeidsongeschiktheidspercentage als bedoeld in lid a3 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.
 - Voor de vaststelling van het arbeidsongeschiktheids percentage als bedoeld in lid a van dit artikel zal een bij het aangaan van de verzekering reeds aanwezig(e) (arbeidsongeschiktheidspercentage in verband met een) aandoening of gebrek niet worden meegeteld. Verzekeraar behoudt zich het recht voor om verzekerde in dit verband te laten keuren door een onafhankelijke (keurings)arts.

Art. 22 Fiscaliteit en betaling van de uitkering:

- Indien op het certificaat is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag maandelijks en achteraf.
- 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 te vermengen(vuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 120) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risico periode heeft geduurd De uitkering zal zolang de

arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag) 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. 23 Verplichtingen bij schade:

- Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:
 - zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelend 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;
 - 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;
 - 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 verzuigen of onjuist voor te stellen, die voor de vaststelling van het recht op uitkering of de mate van arbeidsongeschiktheid van belang zijn;
 - verzekeraar direct op de hoogte te stellen in geval van geheel of gedeeltelijk herstel, dan wel van zijn gehele of gedeeltelijke werkhervatting;
 - degevraagd aan verzekeraar het bewijs van voortdurende arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
 - bij werkhervatting op arbeidstherapeutische basis aan verzekeraar het bewijs te leveren van het arbeidstherapeutische karakter van de werkhervatting (te verstrekken door de Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), teneinde in aanmerking te blijven komen voor een uitkering;
 - 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. 24 Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

- blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn arbeidsongeschiktheid, arbeidsituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
- de aanspraak op uitkering voortvloeit uit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 3 maanden na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien deze gebeurtenis een ongeval betreft;
- 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;
- de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van aandoeningen aan de wervelkolom, tenzij verzekerde aantoonst door het overleggen van radiologisch en/of medisch bewijs van afwijking dat de aandoening de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid;
- de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, blijven bestaan, bevordert of verergerd door of in verband met een reeds bestaande en/of bekende: ziekte, klacht, gebrek of abnormale lichamelijke/geestelijke toestand. Onder bestaand en/of bekend wordt in ieder geval verstaan: Op de ingangsdatum van deze verzekering of op enig moment daarvoor:
 - is door een arts de diagnose gesteld of zou een arts de diagnose redelijkerwijs gesteld moeten hebben;
 - is door een arts medische behandeling of controle uitgeoefend of zou een arts redelijkerwijs medische behandeling of controle uitgeoefend moeten hebben.

Tevens wordt een op de ingangsdatum van deze verzekering of op enig moment daarvoor latente ziekte/aandoening als bestaand en/of bekend verondersteld.

Bijzondere bepalingen betreffende de module werkloosheid

Art. 25 Verzekerde dekking:

- Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het certificaat, 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.
- De eerste dag van werkloosheid is de dag waarover een volledige werkloosheidsuitkering wordt toegekend.
- 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.
- 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.
- Werkloosheid ontstaan vanuit het niet benutten van de restcapaciteit (resterende verdiencapaciteit bij arbeidsongeschiktheid) bij een werkgever is niet verzekerd.

Art. 26 Verzekeringsuitkering:

- 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 vermengen(vuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 12 per schadegeval) dat de volledige werkloosheid na de eigen risico periode heeft geduurd.
- 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.
- 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.
- Het aantal maandelijkse 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.
- 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. 27 Verplichtingen bij schade:

- 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.
- 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. 28 Uitsluitingen bij werkloosheid:

Geen recht op uitkering bestaat indien:

- blijkt dat verzekerde bij het aangaan van de verzekering (een) onjuiste verklaring(en) over zijn arbeidsituatie en/of arbeidsverleden heeft afgelegd;
- 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;