

Algemene Voorwaarden OVL-V

Verzekering van overlijdensrisicokapitaal of
nabestaandenuitkeringen

Versie oktober 2024

Inhoud

Algemene Voorwaarden OVL-V

Inleiding	3
Artikel 1 Definities	3
Artikel 2 Algemeen	4
Verzekerden en acceptatie	4
Artikel 3 Begin en einde van de verzekeringsovereenkomst	4
Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van de overlijdensrisico's	5
Artikel 5 Begin en einde van de dekking	6
Artikel 6 Mededelingsplicht en gevolgen	7
Artikel 7 Opgaven en inlichtingen	8
Artikel 8 Uitsluitingen	9
Artikel 9 Maximale aansprakelijkheid per gebeurtenis	9
Artikel 10 Niet nakomen van verplichtingen	10
Uitvoering van de verzekering	10
Artikel 11 Melden van overlijden, uitkering van overlijdensrisicokapitaal en nabestaandenuitkeringen	10
Premie	11
Artikel 12 Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie	11
Artikel 13 Premiebetaling	12
Wijziging van het risico	12
Artikel 14 Risicowijzigingen	12
Herziening van tarieven en/of voorwaarden	13
Artikel 15 Herziening tarieven en voorwaarden	13
Overige bepalingen	13
Artikel 16 Terrorismerisico	13
Artikel 17 Valuta en toepasselijk recht	13
Artikel 18 Bescherming van persoonsgegevens	14
Artikel 19 Klachten en geschillen	15

Inleiding

Artikel 1 Definities

In deze voorwaarden en de verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

1.1 Wij / we / ons / onze

De verzekeraar: Elips Life AG, gevestigd in Ruggell, Liechtenstein. Het Nederlandse bijkantoor staat in Hoofddorp.

1.2 U / uw

De verzekeringnemer: de rechtspersoon met wie wij de verzekeringsovereenkomst zijn aangegaan.

1.3 Verzekerde

De werknemer die bij u in dienst is en het werk doet dat hij in een contract met u heeft afgesproken. In deze voorwaarden verwijzen we steeds met 'hij' naar 'de verzekerde'. Wij gebruiken 'hij' ongeacht het geslacht van de verzekerde. Dat doen we om de tekst leesbaar te houden.

1.4 Begunstigde

De persoon voor wie de uitkering bedoeld is. In de verzekeringsovereenkomst staat welke persoon begunstigde is. Dit kan een bedrijf (rechtspersoon) zijn of een mens (natuurlijk persoon). Is gekozen voor een mens als begunstigde, dan is dat een partner of een kind.

Partner

Een verzekerde kan maar één partner hebben. Met een partner bedoelen we:

- a) de echtgenoot/echtgenote of geregistreerde partner van de verzekerde; of
- b) de ongehuwde persoon met wie de verzekerde een duurzame gemeenschappelijke huishouding voert. Die persoon mag geen bloed- of aanverwant zijn van de verzekerde in de rechte lijn. Wij erkennen een duurzame en gemeenschappelijke huishouding als er sprake is van:
 1. een door een notaris vastgesteld samenlevingscontract; of
 2. een bewijs dat de verzekerde 6 maanden of langer op hetzelfde adres ingeschreven staat als zijn partner.

Kind

Is de begunstigde een kind? Dan bedoelen wij met een kind van de verzekerde de wettelijke kinderen van de verzekerde. Is in de verzekeringsovereenkomst opgenomen dat voor studerende kinderen een langere uitkeringsduur geldt, dan moet de opleiding in Nederland zijn erkend en kan er studiefinanciering voor worden ontvangen.

Erfgenaam

De personen die volgens het Burgerlijk Wetboek de wettelijke erfgenamen van de verzekerde zijn. Het is daarbij niet van belang of ze de erfenis geheel of gedeeltelijk aanvaarden of verwerpen of in welke mate ze gerechtigd zijn in de nalatenschap.

1.5 Werknemer

Iemand die bij u in dienst is, voor u werkt en daarvoor salaris krijgt. Stagiairs en Directeuren-grootaandeelhouders vallen niet onder de definitie van werknemer.

1.6 Overlijdensrisicokapitaal

Het bedrag dat wij uitkeren op het moment dat een verzekerde overlijdt tijdens de looptijd van deze verzekeringsovereenkomst. U vindt dit bedrag in de verzekeringsovereenkomst.

1.7 Nabestaandenuitkeringen

De bedragen die wij uitkeren vanaf het moment dat een verzekerde overlijdt tijdens de looptijd van deze verzekeringsovereenkomst. U vindt dit bedrag in de verzekeringsovereenkomst.

1.8 Maximaal te verzekeren bedrag

Het maximale bedrag per verzekerde dat wij verzekeren. U vindt dit bedrag terug in uw verzekeringsovereenkomst. U kunt de verzekerden niet verzekeren voor een bedrag boven het maximum.

1.9 Locatie

Een gebouw of groep gebouwen die met elkaar verbonden zijn door een doorgang. Een doorgang is bijvoorbeeld een parkeergarage of een ventilatiesysteem.

1.10 Opgave

Een opgave is een overzicht van alle verzekerden. U krijgt hiervoor van ons een format dat u kunt invullen.

1.11 Verzekeringsovereenkomst

Een overeenkomst waarin wij toezeggen om de geleden schade van de verzekerde te vergoeden. U betaalt voor deze overeenkomst premie. Wij vergoeden de schade alleen als u en de verzekerde aan de voorwaarden voldoen.

Artikel 2 Algemeen

2.1 Doel van de verzekering

Bij overlijden van een verzekerde krijgen de nabestaanden een uitkering

Komt een verzekerde te overlijden tijdens de looptijd van deze verzekering? Dan krijgt de begunstigde een bedrag in één keer uitgekeerd. Dat noemen wij het overlijdensrisicokapitaal. Het is ook mogelijk dat is gekozen voor een periodieke uitkering. Dat noemen wij de nabestaandenuitkeringen. De begunstigde ontvangt dan iedere maand een uitkering.

2.2 Onze afspraken

Wij maken al onze afspraken schriftelijk

U krijgt van ons twee of drie verschillende documenten. In die documenten staan alle afspraken die we met u maken over uw verzekeringen. U krijgt altijd de verzekeringsovereenkomst en de algemene voorwaarden. De bijzondere voorwaarden krijgt u alleen als de premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid is verzekerd.

De volgorde van belangrijkheid

De verzekeringsovereenkomst gaat voor op de bijzondere en algemene voorwaarden. De bijzondere voorwaarden gaan voor op de algemene voorwaarden. Bijvoorbeeld: spreken de verzekeringsovereenkomst en de algemene voorwaarden elkaar tegen? Dan geldt wat er in de verzekeringsovereenkomst staat.

2.3 Veranderingen in de regeling

U laat het ons weten als er iets verandert wat belangrijk is voor de dekking

De verzekeringsovereenkomst is de basis voor de dekking. Wij gaan ervan uit dat de dekking niet verandert. Wilt u iets veranderen in deze afspraken, overleg dit dan met ons. Vinden wij dat dit gevolgen heeft voor de verzekeringsovereenkomst? Dan gaan we opnieuw met u in gesprek over de voorwaarden. We kijken dan samen met u en uw adviseur of we de verzekering door laten lopen en of we de voorwaarden moeten aanpassen. Kiezen we ervoor deze verzekeringsovereenkomst te veranderen? Dan geldt die verandering pas als we hiermee instemmen en dit schriftelijk aan u hebben bevestigd.

Verzekerden en acceptatie

Artikel 3 Begin en einde van de verzekeringsovereenkomst

3.1 Begin en einde van de verzekering

U leest in de verzekeringsovereenkomst de begin- en einddatum van de verzekering

Na de einddatum verlengen wij de verzekeringsovereenkomst automatisch. De periode waarmee wij de verzekeringsovereenkomst verlengen is in de verzekeringsovereenkomst opgenomen.

3.2 De verzekeringsovereenkomst opzeggen

U mag de verzekeringsovereenkomst tot 2 maanden voor de einddatum opzeggen

Bijvoorbeeld: loopt uw verzekeringsovereenkomst tot 31 december? Dan mag u tot en met 31 oktober opzeggen. Hiervoor stuurt u ons dan een brief of e-mail. De verzekering stopt dan na de einddatum. Andersom geldt hetzelfde. Ook wij mogen tot 2 maanden van tevoren opzeggen per brief of e-mail.

In bijzondere gevallen mag u of mogen wij de verzekeringsovereenkomst per direct opzeggen

We bedoelen hiermee gevallen waarbij u of wij failliet gaan of surseance van betaling aanvragen. Doen zulke omstandigheden zich bij ons voor? Dan informeren wij u hier zo snel als mogelijk over. Komt u in deze omstandigheden? Breng ons dan zo snel mogelijk hiervan op de hoogte. Wij informeren u over de gevolgen.

Artikel 4 Aanbieding en aanvaarding van de overlijdensrisico's

4.1 Verzekerden opgeven bij verplichte deelname

U geeft alle aspirant verzekerden binnen 2 maanden op

De aspirant verzekerden zijn werknemers die bij u in dienst zijn en opgegeven moeten worden voor de verzekering. Wij werken met een onbepaald partner en kind methode. Dat betekent dat wij bij overlijden van een verzekerde beoordelen of er een partner is. Dat geldt ook voor kinderen. U moet alle werknemers aanmelden.

De werkgever meldt een werknemer bij ons aan binnen 2 maanden nadat:

- a) deze verzekering start;
- b) de werknemer in dienst treedt.

Meldt u een werknemer niet aan en keren wij uit? Dan betaalt u de uitkering terug

Komt een werknemer te overlijden, maar is hij niet aangemeld? Dan kan het zijn dat wij toch moeten uitkeren. U betaalt die uitkering dan aan ons terug. Wij mogen ook een extra schadevergoeding vragen van u.

4.2 Acceptatie bij verplichte deelname

Wij accepteren alle verzekerden automatisch tot de vrije acceptatielimiet

Alle werknemers die op tijd worden aangemeld, worden automatisch door ons geaccepteerd. De vrije acceptatielimiet is een bedrag dat wij met u afspreken. U vindt dit bedrag terug in uw verzekeringsovereenkomst.

Een spijtoptant levert medische gegevens aan

Een spijtoptant is iemand die eerst niet of maar voor een deel verzekerd wilde zijn bij overlijden. Maar nu wil hij toch (voor een hoger bedrag) verzekerd zijn. Wij mogen dan een gezondheidsverklaring, huisartsenkeuring of een internistenkeuring opvragen. Op onze website www.elipslife.com, bij het onderdeel '[Downloads](#)', staat een toelichting in het document 'Medische waarborgen'. Ook mogen wij aanvullend onderzoek doen en extra toelichting van een arts vragen. De kosten voor het medisch onderzoek betaalt u. Blijkt de kans op overlijden groter te zijn? Dan mogen wij de premie verhogen en kunnen er extra voorwaarden gelden. Wij kunnen ook besluiten om de spijtoptant uit te sluiten.

4.3 Verzekerden opgeven bij vrijwillige deelname

U geeft een aspirant verzekerde op binnen 2 maanden nadat hij zich bij u heeft aangemeld

Zijn werknemers niet verplicht om mee te doen aan deze verzekering? En willen zij zich verzekeren? Dan melden zij zich bij de werkgever aan.

Stap 1

Werknemers die mee willen doen aan deze verzekering moeten zich binnen 3 maanden aanmelden bij hun werkgever nadat:

- a) deze verzekering start;
- b) de werknemer in dienst treedt;
- c) de werknemer een partner krijgt;
- d) de werknemer een kind krijgt.

Stap 2

De werkgever meldt de werknemers vervolgens direct bij ons aan, maar uiterlijk binnen 2 maanden nadat zij de aanmelding van hun werknemer heeft ontvangen.

4.4 Acceptatie bij vrijwillige deelname

Wij accepteren verzekerden die zich binnen 3 maanden hebben aangemeld bij hun werkgever automatisch tot de vrije acceptatielimiet

De vrije acceptatielimiet is een bedrag dat wij met u afspreken. U vindt dit bedrag terug in uw verzekeringsovereenkomst. Wij accepteren alle vrijwillige verzekerden automatisch die op tijd worden aangemeld.

Een werknemer levert medische gegevens aan als hij zich te laat aanmeldt

Meldt een werknemer zich na 3 maanden aan voor de verzekering, dan mogen wij een gezondheidsverklaring, huisartsenkeuring of een internistenkeuring opvragen. Op onze website www.elipslife.com, bij het onderdeel '[Downloads](#)', staat een toelichting in het document 'Medische waarborgen'. Ook mogen wij aanvullend onderzoek doen en extra toelichting van een arts vragen. De kosten voor het medisch onderzoek betaalt u. Blijkt de kans op overlijden groter te zijn? Dan mogen wij de premie verhogen en kunnen er extra voorwaarden gelden. Wij kunnen ook besluiten om de werknemer uit te sluiten.

4.5 Verhoging van het inkomen van verzekerden

Wij accepteren een verhoging van het inkomen van de verzekerden automatisch

We accepteren de verhoging tot het maximaal te verzekeren bedrag.

Wij accepteren een verhoging van het inkomen van verzekerden niet als:

- a) het gaat om een of meer salarisverhogingen van meer dan 25% per jaar;
- b) de verhoging te maken heeft met een verzekerde die een eerdere keuze weer terugdraait.

4.6 Verzekeren boven de vrije acceptatielimiet

We verzekeren een verzekerde boven de vrije acceptatielimiet na medische acceptatie

Wij mogen een gezondheidsverklaring, huisartsenkeuring of een internistenkeuring opvragen. Op onze website, bij het onderdeel 'Downloads', staat een toelichting in het document 'Medische waarborgen'. Ook mogen wij aanvullend onderzoek doen en extra toelichting van een arts vragen. De kosten voor het medisch onderzoek betaalt u. Blijkt de kans op overlijden en/of arbeidsongeschiktheid groter te zijn? Dan mogen wij de premie verhogen en kunnen er extra voorwaarden gelden. Wij kunnen ook besluiten om deelname uit te sluiten.

4.7 Maximaal te verzekeren bedrag

U kunt de werknemers verzekeren tot het maximaal te verzekeren bedrag

U kunt de deelnemers niet verzekeren voor een bedrag boven het maximale bedrag. Het maximale bedrag staat in uw verzekeringsovereenkomst.

4.8 Uitbreiding door fusie of overname

Wij accepteren nieuwe werknemers na een fusie of overname niet automatisch

We maken eerst schriftelijke afspraken met u over het verzekeren van deze nieuwe werknemers.

4.9 Risico's die niet onder deze verzekering vallen

Risico's die niet onder deze verzekering vallen, verzekeren wij niet

Hebben wij van u premie ontvangen voor risico's die niet onder de verzekering vallen of die niet gedekt zijn onder de voorwaarden? Of voor verzekerden die wij niet accepteren? Dan kunt u hiervoor geen aanspraak maken op een uitkering uit deze verzekering en ook niet van ons eisen dat wij deze risico's alsnog verzekeren. U krijgt de premie die u te veel betaalde van ons terug.

4.10 Carenzperiode

Acceptatie van verzekerden vindt plaats onder toepassing van een carenzperiode

Een carenzperiode houdt in dat in het geval een verzekerde binnen één jaar na aanvang van het risico overlijdt, door de begunstigde(n) aannemelijk gemaakt dient te worden dat het overlijden niet het gevolg is van een op de aanvangsdatum van het risico bestaande en bekende aandoening, ziekte, klacht of gebrek. De genoemde periode van één jaar wordt verminderd met de periode waarin de verzekerde direct voorafgaand een dekking had van een vergelijkbaar niveau als deze verzekering.

Gevolgen voor de uitkering

De verzekeraar kan een uitkering (geheel of gedeeltelijk, blijvend of tijdelijk) weigeren indien de binnen één jaar na aanvang van deelneming overlijdt en de gezondheidstoestand van de verzekerde dit bij aanvang van de verzekering kennelijk moest doen verwachten. Deze weigering is afhankelijk van de uitkomst van het in voorkomende gevallen door de verzekeraar in te stellen onderzoek naar de gezondheidstoestand van de verzekerde bij de aanvang van de verzekering.

Oordeel medisch adviseur

Om voor een uitkering in aanmerking te komen werkt de begunstigde mee aan de uitvoering van het onderzoek. De medisch adviseur van de verzekeraar zal worden gevraagd of het overlijden het gevolg is van de gezondheidstoestand van de betrokkene bij de aanvang van de verzekering. Indien deze gezondheidstoestand het overlijden redelijkerwijs moest doen verwachten, zal geen of slechts een beperkte uitkering worden verleend.

Latere start carenzperiode

Als de premiebetaling later start dan een maand na aanvang van het risico, start de carenzperiode ook pas met ingang van de eerste van de maand waarin de premiebetaling start.

Artikel 5 Begin en einde van de dekking

5.1 Vanaf wanneer zijn verzekerden gedekt?

Verzekerden zijn meteen gedekt na automatische acceptatie

Dat geldt ook bij een automatisch geaccepteerde verhoging van het inkomen.

Zijn er medische gegevens nodig voor een spijtoptant of bij een te late aanmelding?

Dan is er pas dekking nadat wij dit hebben bevestigd. In een brief of e-mail laten wij u weten of en onder welke voorwaarden wij de verzekerde accepteren.

5.2 Wanneer is er geen dekking meer?

Een verzekerde is niet meer verzekerd als:

- a) U de verzekeringsovereenkomst stopt voor deze verzekerde of voor alle verzekerden.
- b) De verzekerde niet meer bij de verzekerde groep werknemers hoort. In de verzekeringsovereenkomst leest u welke werknemers bij de verzekerde groep horen
- c) De verzekerde de eindleeftijd bereikt. De eindleeftijd vindt u terug in de verzekeringsovereenkomst.

5.3 Betaald en onbetaald verlof

Een periode van verlof kan gevolgen hebben voor de verzekering

Kort verlof dat wordt doorbetaald door de werkgever en de wettelijke verlofregelingen hebben geen gevolgen voor de dekking. Voor deelnemers met langdurig betaald of onbetaald verlof geldt een dekking tot maximaal 18 maanden. Let op: wordt een deelnemer ziek tijdens een langdurig verlof, dan is de eerste ziektedag gelijk aan de eerste dag na de beëindiging van het verlof. De premie moet worden doorbetaald tijdens het verlof.

5.4 Premievrijstelling en dekking

Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid

Is naast de overlijdensrisicoverzekering ook de premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid verzekerd? Dan zijn ook de bijzondere voorwaarden voor premievrijstelling van toepassing. Wordt een werknemer arbeidsongeschikt op basis van een UWV beschikking, dan vervalt de plicht om (een deel van) de premie te betalen. Voor de premievrijstelling geldt een wachttijd van 104 weken.

Wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid en dekking

De verzekerde dekking kan als gevolg van een wijziging in de mate van arbeidsongeschiktheid worden verhoogd, verlaagd of beëindigd. Het recht op premievrijstelling en de hiermee verzekerde dekking stopt uiterlijk op de in de verzekeringsovereenkomst vastgelegde datum.

Ziek uit dienst en dekking

Gaat een verzekerde ziek uit dienst vóór het einde van de wachttijd? Dan stopt de dekking voor de overlijdensrisicoverzekering. De ex-werknemer is niet meer verzekerd. Voldoet de ex-werknemer na de wachttijd van 104 weken aan de voorwaarden om (een deel van) de premie vrij te stellen? Dan is er vanaf dat moment weer dekking voor de overlijdensrisicoverzekering. Let op: bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid geldt een gedeeltelijke premievrijstelling en een gedeeltelijke dekking voor het overlijdensrisico.

Artikel 6 Mededelingsplicht

6.1 Mededelingsplicht

U geeft ons alle informatie die wij nodig hebben

Wij baseren deze verzekering op de informatie die u ons geeft. Of die wij krijgen van de verzekerden. Daarom zijn u en/of de verzekerde verplicht om ons voor het aangaan van de verzekering (en tijdens de looptijd) alle informatie te geven waarvan u en/of de verzekerde weten dat die van belang is voor de voorwaarden en dekking van de verzekering. En waarvan u denkt, kunt weten of behoort te begrijpen dat het belangrijk is voor onze beslissing om de verzekering wel of niet af te sluiten of om tijdens de looptijd risico's in dekking te nemen.

Gevolgen van het niet geven van alle informatie

Ontdekken wij dat u ons niet alle informatie heeft gegeven? Dan hoort u van ons binnen 2 maanden, na het ontdekken hiervan. U krijgt van ons een brief. Daarin laten we u weten welke informatie u niet met ons gedeeld heeft. En welke gevolgen dit heeft voor uw verzekering.

Opzettelijk misleiden

Misleidt u ons met opzet door onjuiste of niet alle informatie te geven? Dan kunnen wij de verzekering per direct opzeggen. Dat doen wij als wij de verzekering niet zouden hebben afgesloten als wij wel alle informatie of de juiste informatie van u zouden hebben gekregen. Wij besluiten of we dit doen binnen 2 maanden na de ontdekking dat u niet alle of niet de juiste informatie heeft gegeven.

6.2 Fraude

Gevolgen van fraude

Wij gaan uit van vertrouwen. Wel houden we scherp toezicht op mogelijke fraudegevallen.

Er is sprake van fraude wanneer u of een verzekerde ons opzettelijk misleidt of probeert te misleiden. Het plegen van fraude leidt tot algemene financiële schade. Het is daarom in uw en in ons belang om fraude aan te pakken.

Bij een vermoeden van fraude stellen wij een onderzoek in. Hierbij houden wij ons aan de geldende wet- en regelgeving. Staat de fraude vast, dan heeft dit gevolgen.

De gevolgen kunnen onder andere zijn dat wij:

- a) geen uitkering doen of betaalde uitkering(en) terugvorderen;
- b) de kosten van het onderzoek naar de (vastgestelde) fraude in rekening brengen;
- c) de verzekering(en) opzeggen;
- d) de overeenkomst(en) opzeggen;
- e) de persoonsgegevens opnemen in ons interne incidenten register;
- f) de persoonsgegevens laten opnemen in het Extern Verwijzingsregister (EVR) van Stichting CIS;
- g) aangifte doen bij de politie.

Informatie over het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) kunt u vinden op de website van de Stichting CIS: www.stichtingcis.nl.

Artikel 7 Opgaven en inlichtingen

7.1 Opgave

In de volgende situaties stuurt u ons binnen 2 maanden een opgave:

- a) Bij de start van de overeenkomst.
- b) Op 1 januari van ieder jaar dat de overeenkomst loopt.
- c) Bij indiensttreding van een werknemer (als er sprake is van verplichte deelname).
- d) Bij aanmelding nieuwe verzekerde (als er sprake is van vrijwillige deelname).
- e) Bij uitdiensttreding van een verzekerde.
- f) Als een verzekerde een partner of een kind krijgt.

Wij mogen de premie met maximaal 5% verhogen als u de jaarlijkse opgave na 1 maart opstuurt

Is uw contract dat jaar winstdelend? Dan nemen we die premieverhoging niet mee in de berekening van de winstdeling.

7.2 Relevante informatie

U stuurt ons alle relevante informatie en/of documenten op het moment dat we daarom vragen

Wij geven bij u aan welke informatie en/of documenten we nodig hebben om de verzekering goed uit te voeren.

De informatie die u ons stuurt, is op dat moment volledig, nauwkeurig, waar en niet misleidend

Dit geldt aan het begin van de verzekering, tijdens de looptijd van de verzekering en bij het regelen van schade.

Artikel 8 Uitsluitingen

Wij keren niet uit als de verzekerde overlijdt:

- a) door een misdrijf begaan door een begunstigde, waarvoor deze begunstigde strafrechtelijk is veroordeeld;
- b) door zelfdoding of de gevolgen van een poging tot zelfdoding, binnen 1 jaar na start van deze verzekering. Behalve als deelname verplicht is. Dan keren we wel uit bij overlijden door zelfdoding of door de gevolgen van een poging tot zelfdoding;
- c) tijdens of als gevolg van het deelnemen aan een niet-Nederlandse gewapende dienst;
- d) tijdens of als gevolg van oorlogshandelingen, waarbij de verzekerde actief betrokken is;
- e) als gevolg van oorlogshandelingen in een gebied buiten Nederland waar de verzekerde op dat moment is. Deze uitsluiting geldt als dat gebied al in staat van oorlog was op het moment dat de verzekerde dit gebied bewust binnenging;
- f) als gevolg van oorlogshandelingen in een gebied buiten Nederland waar de verzekerde op dat moment is. Toen de verzekerde het gebied bewust binnenging, was er nog geen oorlog. Maar op het moment dat er oorlog uitbrak negeerde de verzekerde de instructies van de Nederlandse of plaatselijke overheid. Hij verliet het gebied niet op tijd, terwijl hij daar wel de kans voor had;
- g) als gevolg van atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan;
- h) door molest. Onder molest wordt verstaan:
 - 1. een gewapend conflict, dat wil zeggen 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 VN-vredesmacht;
 - 2. burgeroorlog, dat wil zeggen een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
 - 3. opstand, dat wil zeggen georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
 - 4. binnenlandse onlusten, dat wil zeggen min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 - 5. oproer, dat wil zeggen een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 - 6. muerij, dat wil zeggen een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Wij keren wel uit als de verzekerde overlijdt:

door radioactieve nucliden die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan de kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.

Artikel 9 Maximale aansprakelijkheid per gebeurtenis

9.1 Het maximale bedrag uitkeren

Wij keren per gebeurtenis maximaal € 50.000.000,- (vijftig miljoen euro) uit

Dit is een totaalbedrag dat wij uitkeren voor al uw verzekeringen bij ons. Wij kunnen ook een ander maximaal bedrag met u afspreken. Dit vindt u dan terug in de verzekeringsovereenkomst.

Wij keren tot het maximale bedrag uit in de volgende situaties:

- a) Meerdere verzekerden overlijden door één gebeurtenis.
- b) Meerdere verzekerden overlijden door een reeks gebeurtenissen die met elkaar verbonden zijn. We keren uit voor verzekerden die overlijden binnen 1 jaar na de eerste gebeurtenis uit de reeks. Wij bepalen wat de datum van de eerste gebeurtenis is. We spreken van een reeks als de gebeurtenissen:
 - 1. dezelfde oorzaak hebben; of
 - 2. het gevolg zijn van omstandigheden die lange tijd blijven bestaan; of
 - 3. het gevolg zijn van omstandigheden die zich steeds blijven herhalen; of
 - 4. het gevolg zijn van omstandigheden die met elkaar te maken hebben; of
 - 5. samen een geheel vormen. Ook als de gebeurtenissen op verschillende plaatsen en momenten plaatsvinden.

Is € 50.000.000,- niet genoeg? Dan verlagen we de uitkering per begunstigde

We verlagen de uitkeringen dan naar verhouding. Dat berekenen we zo:

Stap 1: 50.000.000 / het totaalbedrag van alle uitkeringen bij elkaar waarop de begunstigden recht hebben.

Stap 2: We vermenigvuldigen de uitkomst van stap 1 met de individuele (ongekorte) uitkering per begunstigde.

9.2 Het maximale bedrag verhogen

Wij kunnen het maximale bedrag verhogen per locatie

Wilt u bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst een ander bedrag afspreken? Levert u ons dan een overzicht van de verzekerden met per postcode de locatie waar zij zijn onder werktijd. Dan bekijken wij of we het maximale bedrag kunnen verhogen. Dat doen we per gebouw of per groep gebouwen die met elkaar verbonden zijn door een doorgang.

Artikel 10 Niet nakomen van verplichtingen

Gevolgen van het niet nakomen van uw plichten uit deze verzekeringsovereenkomst

Komt u uw plichten niet, te laat of maar voor een deel na en is dat voor ons nadelig? Dan kunnen wij ervoor kiezen om u aansprakelijk te stellen voor de schade. Wij zullen de uitkering geheel of voor een deel op u verhalen.

Uitvoering van de verzekering

Artikel 11 Melden van overlijden, uitkering van overlijdensrisicokapitaal of nabestaandenuitkeringen

11.1 Overlijden van een verzekerde

U laat het ons zo snel mogelijk weten als een verzekerde is overleden

Stuur ons in elk geval:

- a) een wettig bewijs van overlijden;
- b) een kopie van een bankafschrift van de begunstigde(n);
- c) een kopie van het legitimatiebewijs van elke begunstigde;
- d) een ingevuld 'formulier overlijdensuitkering'. (U vindt dit formulier op www.elipslife.com/nl/nld/Downloads.)

Stuur ook alle documenten mee waarvan u weet of denkt dat wij die nodig hebben om de uitkering te regelen.

Als deze verzekering is ondergebracht bij een andere uitvoerder dan elipsLife, dan meldt u het overlijden van een verzekerde aan de uitvoerder van uw verzekering.

11.2 Begin van het recht op uitkering

Na ontvangst van de documenten keren wij uit

Na ontvangst van de in artikel 11.1 genoemde documenten keren wij uit aan de begunstigde(n). De betaling vindt plaats binnen 5 weken na ontvangst van deze documenten.

11.3 Hoogte van de uitkering

De verzekering keert uit volgens de afspraken in de verzekeringsovereenkomst

De uitkering is gebaseerd op het verzekerde kapitaal of de verzekerde rente op het moment van overlijden. De hoogte van de uitkering is vastgelegd in de verzekeringsovereenkomst.

11.4 Einde van de uitkering

Twee soorten uitkeringen

Is bij aanvang van de verzekering gekozen voor een verzekering met de uitkering van een kapitaal, dan keren wij eenmalig een kapitaal uit. Is gekozen voor een nabestaandenuitkering met een periodieke uitkering, dan keren wij een maandelijks bedrag uit. De periodieke uitkering stopt op de 1e dag van de maand volgend op het bereiken van de eindleeftijd of bij eerder overlijden voor die datum. De eindleeftijd is opgenomen in de verzekeringsovereenkomst.

11.5 Te laat opeisen

Vraag een uitkering binnen 3 jaar op

Op het moment dat een verzekerde overlijdt, kan de uitkering worden opgeëist. Gebeurt dit niet binnen 3 jaar na dat moment? Dan keren wij niet meer uit. Het recht op die uitkering is dan verjaard.

11.6 Begunstigde in het buitenland

De verzekeraar kan extra eisen stellen aan een begunstigde in het buitenland

Woont de begunstigde in het buitenland, dan kan de verzekeraar extra eisen stellen. Denk hierbij aan het vaststellen van de identiteit van de begunstigde en een jaarlijks bewijs van in leven zijn. De kosten voor deze bewijzen en extra administratieve handelingen komen voor rekening van de begunstigde.

11.7 Betalen in het buitenland

We betalen de uitkering alleen op een bankrekening in Nederland

Wij kunnen een uitzondering maken op deze regel. Geven we toestemming om de uitkering op een buitenlandse rekening over te maken? Dan kunnen wij daarbij extra eisen stellen. Bijvoorbeeld eisen die te maken hebben met belastingregels, andere wetgeving of juridische uitvoerbaarheid. Kosten voor buitenlandse overboekingen en extra administratieve handelingen komen voor rekening van de begunstigde.

Premie

Artikel 12 Vaststelling van de verschuldigde verzekeringspremie

12.1 Vaststellen van de premie

Wij stellen de premie vast

We spreken daarvoor met u een premietarief af. Daarbij houden we rekening met alle polisvoorwaarden en extra voorwaarden die kunnen gelden op medische gronden. We bepalen de premie op basis van de leeftijd van een verzekerde op het moment dat de verzekering start. We rekenen met hele jaren. Vervolgens stellen we de premie elk jaar op 1 januari opnieuw vast volgens de leeftijd van de verzekerde op dat moment. Ook daarbij houden we rekening met alle polisvoorwaarden en extra voorwaarden die kunnen gelden op medische gronden.

12.2 Aanpassen van de premie door veranderingen in de groep van verzekerden

U geeft veranderingen in de groep van verzekerden zo snel mogelijk door

Die veranderingen hebben invloed op uw premie. U leest meer over uw plichten bij het opsturen van informatie in artikel 7. Met deze informatie berekenen wij of uw premie moet worden aangepast. Aan het eind van een kalenderjaar verrekenen wij de verschillen met de premie die u al heeft betaald. U krijgt geld terug of u betaalt bij.

12.3 Veranderingen voor groepen

We kunnen afspreken dat u alleen veranderingen voor groepen doorgeeft

U geeft dan niet maandelijks elke individuele verandering in de groep van verzekerden door. Artikel 12.2 geldt dan niet voor u, maar in plaats daarvan geldt dit artikel (12.3). Als we dit met u afspreken, leest u dat terug in de verzekeringsovereenkomst.

Een verandering geldt als een verandering voor een groep als:

- a) de verandering geldt voor minimaal 5% van de totale groep van verzekerden;
- b) en voor minimaal 5 verzekerden;
- c) en de verandering voor de hele groep op hetzelfde moment ingaat. Veranderingen die op 1 januari ingaan, tellen niet mee.

Tussentijdse royementen of het tussentijds afsluiten van nieuwe verzekeringen gelden bijvoorbeeld als een verandering voor een groep.

Bij veranderingen voor groepen berekenen wij per deel van het jaar een nieuwe premie

Over het deel van het jaar na de verandering betaalt u een andere premie dan over het deel ervoor.

12.4 Geen risico

Bij een jaar zonder verzekerden betaalt u geen premie

Wel betaalt u voor onze onkosten. We spreken met u af wat een redelijk bedrag is.

Artikel 13 Premiebetaling

13.1 Betalen

U betaalt de premie ieder jaar op 1 januari

Hiervoor krijgt u in de maand januari een factuur van ons. U betaalt vooruit, dus voor het jaar dat komen gaat. Het kan zijn dat we met u een andere betaaldatum hebben afgesproken. Dan leest u dat in de verzekeringsovereenkomst. De betaaltermijn is 30 dagen na de factuurdatum.

Uw premie is gebaseerd op het aantal verzekerden op het moment dat u betaalt

Heeft u nog geen opgave gedaan op het moment dat we de factuur versturen? Dan gaan wij uit van laatste opgave die u heeft gedaan.

U betaalt de premie als voorschot

Stuurt u ons na de premiebetaling nog een (aanvullende) opgave? En verandert daardoor uw premie? Dan krijgt u daarvoor, afhankelijk van de afspraken in de verzekeringsovereenkomst, direct of aan het einde van het jaar een factuur van ons. U betaalt bij of u krijgt geld terug. Moet u bijbetalen? Dan doet u dat binnen 30 dagen na de factuurdatum. Krijgt u geld terug? Dan krijgt u dat ook binnen 30 dagen na de factuurdatum. Openstaande verschillen in de premie worden aan het einde van het jaar verrekend.

13.2 Niet of te laat betalen

Als u niet of te laat betaalt, is er geen dekking voor de verzekerden

U betaalt facturen binnen 30 dagen na de factuurdatum. Dat geldt voor het betalen van de premie, maar ook voor aanvullende facturen. Wij sturen u één aanmaning. Daarin staat de definitieve termijn waarbinnen u moet betalen. Ook ontvangt u een brief waarin we omschrijven wat de gevolgen zijn als u niet betaalt.

Stopt de verzekering omdat u uw premie niet betaalt? Dan mogen wij een vergoeding vragen

Wij lopen dan namelijk inkomsten mis. Als wij u om een vergoeding voor misgelopen inkomsten vragen, spreken we een redelijk bedrag met u af.

13.3 Verkeerde afrekeningen

Verkeerde afrekeningen verbeteren wij bij de afrekening die daarna komt

Als een afrekening onjuist of onvolledig is geweest, dan verrekenen wij het onjuiste bedrag met de afrekening die daarna komt.

Wijziging van het risico

Artikel 14 Wijzigingen in uw organisatie

Als uw organisatie ingrijpend wijzigt tijdens de contractperiode, moet u dit aan ons doorgeven

Wij behouden ons het recht voor de overeenkomst tussentijds te beëindigen of de voorwaarden en/of de premie aan te passen als een van de volgende situaties zich voordoet:

- a) er vindt een detachering plaats van meer dan 20% van uw werknemers aan een ander bedrijf;
- b) de juridische structuur van uw organisatie verandert;
- c) uw organisatie is betrokken bij een fusie, reorganisatie, bedrijfsovername, splitsing of soortgelijke wijziging;
- d) het aantal werknemers of de totale loonsom neemt toe of daalt met 20% procent of meer binnen één verzekeringsjaar;
- e) uw organisatie wijzigt of staakt de bedrijfsactiviteiten volledig;
- f) de vestigingsplaats van uw organisatie ligt niet meer in Nederland.

Herziening van tarieven en/of voorwaarden

Artikel 15 Herziening tarieven en voorwaarden

15.1 Tussentijdse verandering

Wij mogen de premie of de voorwaarden tussentijds veranderen

Zo'n tussentijdse verandering geldt voor alle verzekeringen die onder deze algemene voorwaarden vallen. Wij veranderen de premie of voorwaarden alleen tussentijds als daar een goede reden voor is. Bijvoorbeeld als de wet, regelgeving of andere voorschriften veranderen en dit grote invloed heeft op de werking van onze verzekeringen.

Een tussentijdse verandering geldt niet voor begunstigen van overleden verzekerden

Krijgt een begunstigde een uitkering van ons? Dan veranderen voor hem de voorwaarden niet.

Aanpassing van de verzekering als het oorlog is in Nederland

De verzekeringsovereenkomst wordt aangepast op het moment dat De Nederlandsche Bank de toestand van oorlog vaststelt. De uitkeringen van deze verzekering worden in deze situatie met 10% verlaagd. Daarnaast kan de Noodwet financieel verkeer maatregelen opleggen aan de verzekeraar. Na afloop van de toestand van oorlog zal de verzekeraar vaststellen of de korting van de uitkeringen nodig is geweest of niet.

15.2 Tussentijdse verandering weigeren

U mag een tussentijdse verandering van de premie of voorwaarden weigeren

U krijgt bij een tussentijdse verandering een brief van ons. Daarin leest u wat wij veranderen en wanneer dat ingaat. U heeft na de verzenddatum van de brief 60 dagen om te reageren. Laat u ons per brief of e-mail weten dat u de tussentijdse verandering weigert? Dan stopt de verzekeringsovereenkomst op het moment dat de tussentijdse verandering ingaat. Laat u ons niets weten? Dan gaan we ervan uit dat u akkoord gaat met de tussentijdse verandering.

Overige bepalingen

Artikel 16 Terrorismerisico

U bent verzekerd voor overlijden door terrorisme

Het clauseblad 'terrorismedekking' is bij de verzekeringsovereenkomst toegevoegd. Wij hebben schade door terrorisme herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De NHT beslist of een schade door terrorisme verzekerd is. En zo ja, voor welk bedrag. U leest hier meer over op het clauseblad terrorismedekking.

Artikel 17 Overig

Valuta

De geldbedragen in deze verzekeringsovereenkomst zijn in euro's.

Toepasselijk recht

Op de verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Sanctie wetgeving

Wij bieden geen dekking en doen geen uitkeringen, als dat een inbreuk is op (sanctie)wet en -regelgeving. Bij de aanvang van een verzekering vragen wij naar de ultimate beneficial owner (UBO). Dit is de eigenaar, een belanghebbende, of de persoon die zeggenschap heeft over de entiteit die verzekeringnemer is. Als de UBO voorkomt op een nationale of internationale sanctielijst, kan het voor ons verboden zijn een verzekeringsovereenkomst te sluiten of voort te zetten. De verzekeringsovereenkomst komt alleen tot stand, als uit toetsing blijkt dat het niet verboden is om op grond van sanctiewet- of regelgeving financiële diensten te verlenen richting verzekeringnemer, verzekerden en andere belanghebbenden zoals een UBO. De verzekeringsovereenkomst wordt tussentijds beëindigd als blijkt dat het verzekeren van de verzekeringnemer, verzekerde(n) of andere belanghebbenden zoals een UBO een inbreuk is op (sanctie)wet en -regelgeving. Wij toetsen onze relaties (en hun UBO's) regelmatig en ook bij een uitkering aan de (sanctie-)wet en regelgeving. U bent verplicht om ons alle informatie te verschaffen die wij nodig hebben om de UBO te identificeren, te verifiëren en te toetsen. Als wij deze informatie niet tijdig van u ontvangen, mogen wij de verzekeringsovereenkomst (tussentijds) beëindigen.

Artikel 18 Persoonsgegevens

18.1 Privacy

Wij gaan vertrouwelijk om met alle gegevens van u en de verzekerden

We gebruiken die gegevens om:

- a) (potentiële) verzekeringnemers en (potentiële) verzekerden te beoordelen en te accepteren;
- b) verzekeringsovereenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- c) de relatie met (potentiële) verzekeringnemers en (potentiële) verzekerden te onderhouden;
- d) betalingen te doen en te ontvangen;
- e) fraude te voorkomen en te bestrijden;
- f) ons aan de wet te houden;
- g) geanonimiseerde statistieken te kunnen maken.

Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS)

Wij kunnen persoonsgegevens raadplegen en vastleggen bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) (www.stichtingcis.nl)

Rechten van de verzekerde

De verzekerde heeft het recht om:

- a) inzage te vragen in de persoonsgegevens die we van de verzekerde verwerken;
- b) ons te vragen persoonsgegevens te corrigeren als dat nodig is;
- c) bezwaar te maken tegen verdere verwerking van persoonsgegevens of een beperking van de verwerking te vragen;
- d) verwijdering te vragen van de persoonsgegevens die we van de verzekerde verwerken.

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en onze Privacyverklaring

Wij houden ons hierbij aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en onze Privacyverklaring. De gedragscode is gemaakt door het Verbond van Verzekeraars. U kunt de hele tekst ervan lezen via www.verzekeraars.nl. Of door de tekst op te vragen bij het Verbond van Verzekeraars. Stuur een brief naar postbus 93450, 2509 AL Den Haag of bel (070) 33 38 500. U kunt de gedragscode ook downloaden via onze website, www.elipslife.com. Daar vindt u ook onze Privacyverklaring.

18.2 Wet- en regelgeving verwerking persoonsgegevens

U zorgt ervoor dat wij aan alle wet- en regelgeving kunnen voldoen die gaat over het verwerken van persoonsgegevens

Geef ons daarom alleen gegevens die u ons mag geven volgens de wet- en regelgeving. Dit is uw verantwoordelijkheid. Overtreedt u deze regels toch? Dan zijn wij daarvoor niet aansprakelijk.

Artikel 19 Klachten en geschillen

Heeft u of de verzekerde een klacht over hoe de verzekering tot stand is gekomen of wordt uitgevoerd? Laat het ons weten

Graag kijken we samen met u naar de beste oplossing. Stuur ons een brief of e-mail met de klacht. Of bel ons om de klacht te bespreken.

Elips Life AG
Postbus 282
2130 AG Hoofddorp
Telefoon (020) 75 59 800
E-mail: klachten@elipslife.com

Komen we er samen niet uit? Dan kan de verzekerde naar het Kifid

Het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) beslist of de klacht terecht is. En of wij goed met de klacht zijn omgegaan.

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid)
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoon (070) 33 38 999
www.kifid.nl

U kunt (of de verzekerde kan) ook altijd naar de rechter

Bijvoorbeeld als u of de verzekerde het oneens bent/is met ons of met het Kifid. Of als het Kifid de klacht 'niet ontvankelijk' verklaart.