

Tulpenfonds
Wijchenseweg 10
6537 TL Nijmegen
Postbus 6610
6503 GC Nijmegen
024 750 4070

serviceteam@tulpenfonds.nl
www.tulpenfonds.nl

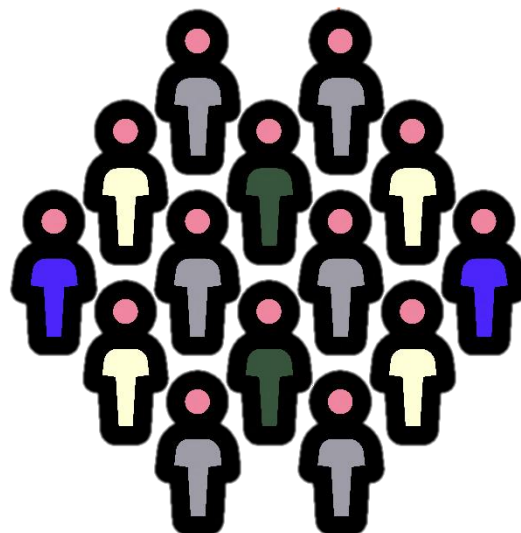
kvk: 80648649
btw: NL86 1209 515 B01
iban: NL31 RABO 0356 0949 36

Versie: 2022M10D01-1
Verzekeringsvoorwaarden
AOV Basis

Tulpenfonds

AOV Basis

Verzekeringsvoorwaarden



Introductie

De Tulpenfonds AOV Basis is een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) en vormt een overeenkomst tussen jou als Verzekerde en ons als Verzekeraar. In deze verzekeringsvoorwaarden lees je waarvoor je verzekerd bent en hoe de verzekering werkt. Er staat in wat beide partijen van elkaar mogen verwachten.

Doel Tulpenfonds AOV Basis

De Tulpenfonds AOV Basis is een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandig ondernemers. Ben je Zelfstandig ondernemer? Dan kun je je verzekeren.

De verzekering sluit optimaal aan op jouw specifieke wensen als ondernemer. De Tulpenfonds AOV Basis geeft je niet alleen de zekerheid van een Uitkering bij arbeidsongeschiktheid, maar helpt ook om ziekte te voorkomen en zo veel mogelijk te beperken.

De drie doelstellingen van de Tulpenfonds AOV Basis :

A. Inkomensaanvulling

Een Uitkering bij arbeidsongeschiktheid. Word je vóór de wettelijke AOW leeftijd_(kijk op www.svb.nl voor meer informatie) arbeidsongeschikt en kun je minder verdienen dan het Minimumloon? (Kijk op www.wetten.overheid.nl voor meer informatie). De Tulpenfonds AOV Basis verzekert je van een Uitkering ter grootte van het verschil tussen het Minimumloon en jouw Restverdien capaciteit op basis van een fulltime werkweek. Dat is het bedrag dat je nog kunt verdienen op basis van jouw beperkingen. De maximale uitkeringsperiode bij arbeidsongeschiktheid bedraagt zeven jaar (inclusief 42 dagen Wachtijd). Ligt jouw wettelijke AOW leeftijd binnen de periode van zeven jaar, dan keren we tot dat moment uit.

B. Preventie

Voorkoming van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Van het laatste is sprake als ziekte langer dan 42 dagen duurt. Je kunt zonder extra kosten jaarlijks deelnemen aan de Persoonlijke Gezondheidscheck (Kijk op www.persoonlijkegezondheidscheck.nl voor meer informatie).

C. Begeleiding

Voortdurende ondersteuning en begeleiding bij ziekte en re-integratie. Dat gebeurt al direct vanaf het moment van ziekmelding, zodat je zo snel mogelijk jouw werkzaamheden kunt hervatten. Dat stelt je weer in staat een inkomen te verwerven. Binnen jouw huidige beroep en als dat onverhoopt niet mogelijk is, daarbuiten. Daarnaast vergoeden wij jouw re-integratiekosten als je 'actief' deelneemt aan de Persoonlijke Gezondheidscheck.

Om deze doelstellingen te bereiken, is de Tulpenfonds AOV Basis als volgt vormgegeven:

- **Premiegroepen**

De Tulpenfonds AOV Basis is ingedeeld in zogenoemde Premiegroepen. Binnen iedere Premiegroep delen alle verzekerde deelnemers de risico's met elkaar. Hierbij hebben de verzekerde deelnemers een vergelijkbaar risico op arbeidsongeschiktheid. Eenmaal toegelaten blijven de verzekerde deelnemers, bij een ongewijzigde deelname, lid van de Premiegroep waar ze ingedeeld zijn.



- **Premie**
Omdat de risico's per Premiegroep verschillen, kent iedere Premiegroep een andere premie. Die Premie is niet gegarandeerd, de Verzekeraar kan deze aanpassen.
- **Indexering van Premie en Uitkering**
De Premie en de verzekerde Uitkering worden halfjaarlijks geïndexeerd. Dat gebeurt per 1 januari en per 1 juli van enig jaar, op basis van de het indexatiepercentage van het wettelijk Minimumloon. Informatie hierover kunt je vinden in [Artikel 14 van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag](#).
- **Aanpassing van Premie**
De Verzekeraar kan jaarlijks per 1 januari van enig jaar de Premie voor iedere Premiegroep aanpassen, op grond van het resultaat van die groep. De Tulpenfonds AOV Basis streeft ernaar premiestijgingen zo beperkt mogelijk te houden. Dat gebeurt door verzekerden te stimuleren deel te nemen aan de Persoonlijke Gezondheidscheck. tijdens arbeidsongeschiktheid actief te begeleiden en bij ziekte te re-integreren. Resultaat en Premie in iedere Premiegroep zijn dus sterk afhankelijk van de verzekerde deelnemers zelf.

Veranderingen doorgeven

Het is belangrijk dat de verzekering goed past bij jouw persoonlijke situatie. Verandert er iets in jouw werksituatie of ga je een ander beroep uitoefenen? Je bent verplicht dat direct aan ons te melden. Het kan namelijk zijn dat je daardoor in een andere Premiegroep komt, waardoor jouw Premie ook verandert. Vergeten een wijziging door te geven? Dat kan direct consequenties hebben voor de hoogte van jouw Uitkering. Aan het begin van ieder kalenderjaar zullen we je vragen of het opgegeven beroep nog steeds actueel is. Zo nodig kun je dan een eventueel vergeten wijziging alsnog aan ons doorgeven. Zo zorgen we samen dat je adequaat verzekerd blijft.

Contact- en verzekeringsinformatie

Wil je inzicht hebben in jouw polis, voorwaarden, persoonlijke gegevens, eventuele adviseur en de Premiegroep waaraan je deelneemt? Al deze informatie staat op mijn.Tulpenfonds.nl (persoonlijk account). Daar kun je ook snel en gemakkelijk eventuele wijzigingen in persoonlijke gegevens of betaalgegevens doorvoeren, ziekmeldingen doorgeven en je aanmelden voor de Persoonlijke Gezondheidscheck.

Heb je een algemene vraag of opmerking? Of wil je een verandering doorgeven die je zelf niet kunt doorvoeren in jouw account? Dan kun je contact met de Serviceteam opnemen. Onze medewerkers helpen je graag telefonisch (088 – 488 40 48) of via mail (serviceteam@tulpenfonds.nl) of chat (www.tulpenfonds.nl). Raadpleeg voor de openingstijden van het Serviceteam de website van het [Tulpenfonds](#).

Heb je de verzekering afgesloten met behulp van een adviseur? En wil je weten wat de gevolgen zijn van veranderingen in jouw situatie? Je kunt dan direct bij hem of haar terecht. Heb je een klacht over onze dienstverlening? Dan verwijzen we je naar Hoofdstuk 12 van deze voorwaarden.



Onze contactgegevens:

Adres Tulpenfonds
Wijchenseweg 10
6537 TL Nijmegen

Website www.tulpenfonds.nl

E-mail serviceteam@tulpenfonds.nl

Telefoon 024 750 4070

Verzekeraar

IptiQ Life S.A., Nederlandse vestiging,
Capellalaan 65
2132 JL Hoofddorp
Nederland.

De verzekeraar werkt onder een vergunning die is verleend door de Luxemburgse toezichthouder, De Commissariat Aux Assurances (CAA) bekend onder registratienummer B-184281. De verzekeraar is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 60611952.



Inhoud

| | |
|---|----|
| 1 Dekking van jouw verzekering | 8 |
| 1.1 Waarvoor ben je verzekerd?..... | 8 |
| 1.1.1 Inkomensaanvulling tot Minimumloon | 8 |
| 1.1.2 Uitkeringsduur | 8 |
| 1.1.3 Uitkeringstermijnen | 8 |
| 1.1.4 Stopzetten Uitkering bij einde arbeidsongeschiktheid..... | 8 |
| 1.1.5 Vaststelling Uitkering bij wijziging Restverdien capaciteit..... | 8 |
| 1.1.6 Indexatie ingegane uitkering..... | 8 |
| 1.2 Op welke Services heb je recht?..... | 10 |
| 1.2.1 De Persoonlijke Gezondheidscheck | 10 |
| 1.2.2 De Casemanager | 10 |
| 1.2.3 Recht op begeleiding | 10 |
| 1.2.4 Vergoeding re-integratie-traject | 10 |
| 1.2.5 Welke re-integratietrajecten worden vergoed? | 10 |
| 1.2.6 Welke kosten bij re-integratietrajecten worden vergoed?..... | 11 |
| 1.3 Wanneer ben je ziek of arbeidsongeschikt? | 11 |
| 1.3.1 Ziekte | 11 |
| 1.3.2 Arbeidsongeschiktheid..... | 11 |
| 1.3.4 Recht op een Uitkering bij zwangerschap en bevalling..... | 11 |
| 2 Aanvang, duur en einde van jouw verzekering..... | 12 |
| 2.1 Aanvang van de verzekering..... | 12 |
| 2.2 Duur van de verzekering..... | 12 |
| 2.5 Recht van opzegging door de Verzekerde..... | 12 |
| 2.6 Recht van opzegging door de Verzekeraar..... | 13 |
| 2.7 Premie-teruggave bij beëindiging verzekering..... | 13 |
| 2.8 Ziekmelding..... | 13 |
| 2.8.1 Wanneer geef je door dat je ziek bent? | 13 |
| 2.8.2 Wat zijn de gevolgen als je ziekte niet tijdig doorgeeft?..... | 13 |
| 2.8.3 Welke medewerking moet je verlenen bij ziekte en/of arbeidsongeschiktheid? | 13 |
| 2.8.4 Inschakeling deskundige..... | 14 |
| 2.9 Vaststelling arbeidsongeschiktheid en recht op een Uitkering | 14 |
| 2.9.1 Hoe stelt de Verzekeraar jouw arbeidsongeschiktheid vast?..... | 14 |
| 2.9.2 Hoe stelt de Verzekeraar jouw Uitkering vast? | 14 |



| | | |
|-------|--|----|
| 3 | Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid..... | 15 |
| 3.1 | Jouw verplichtingen..... | 15 |
| 3.2 | Inhoudingen op de Uitkering | 15 |
| 3.3 | Belastingen | 15 |
| 3.4 | Gevolgen bij verzuim van verplichtingen | 15 |
| 4 | Duur en einde van de Services | 16 |
| 4.1 | Start van de Begeleiding | 16 |
| 4.1.2 | Vanaf welk moment ontvang je Begeleiding? | 16 |
| 4.1.3 | Wanneer moet je zich ziek melden? | 16 |
| 4.2 | Duur van de Begeleiding..... | 16 |
| 4.2.1 | Hoe lang heb je recht op Begeleiding? | 16 |
| 4.3 | Einde van de Begeleiding..... | 16 |
| 4.3.1 | Wanneer eindigt de Begeleiding? | 16 |
| 4.3.2 | Wat zijn de gevolgen voor de Begeleiding als de verzekering wordt beëindigd?..... | 16 |
| 5 | Uitsluitingen | 17 |
| 5.1 | Roekeloosheid of opzet | 17 |
| 5.2 | Je krijgt geen Uitkering als jouw arbeidsongeschiktheid ontstaat of verergert door:..... | 17 |
| 5.3 | Gevangenisstraf of tbs | 17 |
| 5.4` | Fraude..... | 17 |
| 5.5 | Atoomkernreactie | 17 |
| 5.6 | Radioactieve stoffen | 17 |
| 5.7 | Molest | 18 |
| 5.8 | Terrorisme..... | 18 |
| 5.9 | Arbeidsongeschiktheid of invaliditeit vóór aanvang van de verzekering..... | 18 |
| 6 | Premie | 19 |
| 6.1 | Vaststelling Premie..... | 19 |
| 6.2 | Toekomstige Premie..... | 19 |
| 6.3 | Moment premiebetaling | 19 |
| 6.4 | Onvolledige of te late betaling..... | 19 |
| 6.5 | Premieteruggave bij einde verzekering | 19 |
| 6.6 | Premiebetaling bij arbeidsongeschiktheid | 19 |
| 6.7 | Informatie aan Belastingdienst..... | 19 |
| 7 | Aanpassing van de Premie en/of voorwaarden | 20 |
| 7.1 | Aanpassing van de Premie | 20 |
| 7.2 | Aanpassing van de voorwaarden..... | 20 |
| 8 | Wijzigingen in jouw situatie | 21 |
| 8.1 | Verzekering actueel houden..... | 21 |



| | | |
|------|---|----|
| 8.2 | Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering..... | 21 |
| 8.3 | Wijzigingen van beroep of onderneming | 21 |
| 8.4 | Wijziging met gevolgen..... | 21 |
| 8.5 | Te laat melden van wijzigingen..... | 21 |
| 8.6 | Niet akkoord met aanpassen van de Premie | 22 |
| 9 | Preventie (Persoonlijke Gezondheidscheck) | 22 |
| 9.1 | Wat houdt de Persoonlijke Gezondheidscheck in? | 22 |
| 9.2 | Ben je verplicht om aan de Persoonlijke Gezondheidscheck deel te nemen? | 22 |
| 9.3 | Vergoedt de verzekering de Persoonlijke Gezondheidscheck?..... | 22 |
| 9.4 | Wat betekent actieve deelname?..... | 22 |
| 9.5 | Wat is het voordeel van deelname?..... | 22 |
| 9.6 | Wat gebeurt er met de uitkomst? | 22 |
| 10 | Fraude..... | 23 |
| 10.1 | Definitie van fraude..... | 23 |
| 10.2 | Vermoeden van fraude..... | 23 |
| 10.3 | Fraudeonderzoek..... | 23 |
| 11 | Persoonsgegevens..... | 23 |
| 11.1 | Rechtstreekse en persoonlijke berichtgeving..... | 23 |
| 11.2 | Gebruik van (persoons)gegevens | 23 |
| 11.3 | Verwerking van (persoons)gegevens | 24 |
| 11.4 | Gedragscodes en wetten..... | 24 |
| 12 | Klachten | 24 |
| 12.1 | Service van VSZ Assuradeuren B.V..... | 24 |
| 12.2 | Jouw verzekeringsadviseur | 24 |
| 12.3 | Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid)..... | 24 |
| 12.4 | De rechter..... | 25 |
| 13 | Recht..... | 25 |
| 13.1 | Geldend recht..... | 25 |
| 13.2 | Geen overdracht rechten..... | 25 |
| 13.3 | Rechten en plichten Verzekeringsvoorwaarden gaan voor | 25 |
| 14 | Begrippenlijst..... | 25 |



1 Dekking van jouw verzekering

1.1 Waarvoor ben je verzekerd?

1.1.1 Inkomensaanvulling tot Minimumloon

Bij arbeidsongeschiktheid vóór de wettelijke AOW-leeftijd van de Verzekerde ontvang je een inkomensaanvulling tot aan het bedrag van het Minimumloon. Deze gaat in nadat de Keuringsarts je arbeidsongeschikt heeft verklaard (zie artikel 1.3) en na de standaard Wachtijd van 42 dagen. De Inkomensaanvulling bedraagt een Uitkering ter grootte van het Minimumloon (op jaarbasis), geldend op het moment van ziek worden, onder aftrek van jouw Restverdiencapaciteit (op jaarbasis en op basis van een fulltime werkweek). Deze stelt jouw Arbeidsdeskundige vast, 42 dagen na een ziekmelding.

Wijzigt je Restverdiencapaciteit, dan wordt de Uitkering hierop aangepast.

1.1.2 Uitkeringsduur

De Verzekeraar betaalt de Uitkering uit zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt en de Restverdiencapaciteit op basis van een fulltime werkweek van je minder bedraagt dan het Minimumloon. Er geldt een maximale uitkeringsduur van zeven jaar, inclusief de Wachtijd. De maximale uitkeringstermijn van zeven jaar is van toepassing op elke periode van ziekte die wordt geteld als één ziekteperiode. Ligt je wettelijke AOW-leeftijd binnen de periode van zeven jaar, dan is de uitkeringsduur korter.

Meld je je binnen zes maanden opnieuw ziek nadat de Keuringsarts je hersteld heeft verklaard? Dan geldt er géén Wachtijd van 42 dagen voor het ingaan van de Uitkering. De perioden van ziekte worden bij elkaar geteld als één ziekteperiode. De Verzekeraar houdt deze ziekteperiode aan om vast te stellen of het einde van de maximale uitkeringsduur is bereikt.

Meld je je ziek na zes maanden, nadat je arbeidsgeschikt bent verklaard na een voorgaande ziekteperiode, dan is de Wachtijd van 42 dagen weer van toepassing.

1.1.3 Uitkeringstermijnen

De Uitkering krijg je uitbetaald in maandelijkse termijnen achteraf. De eerste Uitkering bij arbeidsongeschiktheid wordt betaald zodra door de Verzekeraar een beslissing is genomen. Dat hangt samen met de geldende Wachtijd en het tijdsbeslag om de keuringsuitslag te bepalen.

1.1.4 Stopzetten Uitkering bij einde arbeidsongeschiktheid

Eindigt de arbeidsongeschiktheid? De Verzekeraar zet je Uitkering per einde datum arbeidsongeschiktheid direct stop.

1.1.5 Vaststelling Uitkering bij wijziging Restverdiencapaciteit

Verandert je Restverdiencapaciteit? De Verzekeraar past je Uitkering aan op basis van de nieuw vastgestelde Restverdiencapaciteit (zie artikel 1.1.1).

1.1.6 Indexatie ingegane uitkering

Is de Uitkering bij arbeidsongeschiktheid ingegaan? Tweemaal per jaar indexeert de Verzekeraar jouw lopende Uitkering met het indexatiepercentage (zie introductie).



1.1.7 **Recht op uitkering in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid**

Je hebt recht op een Uitkering (zie artikel 0) in het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid als aan alle onderstaande voorwaarden is voldaan:

- De ziekte op grond waarvan arbeidsongeschiktheid is vastgesteld, is begonnen op of na de ingangsdatum van de verzekering;
- De Wachtijd is doorlopen;
- Je bent arbeidsongeschikt én jouw Restverdien capaciteit op basis van een fulltime werkweek in jouw *eigen* beroep is in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid lager dan het Minimumloon. Indien je parttime werkt, worden de restverdien capaciteit en uitkering berekend op basis van een fulltime werkweek.

1.1.8 **Recht op Uitkering na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid**

Je hebt recht op een Uitkering (zie artikel 0) na het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid als aan onderstaande voorwaarde is voldaan:

- Je bent arbeidsongeschikt én jouw Restverdien capaciteit op basis van een fulltime werkweek in een *ander* beroep (gangbare arbeid) is na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid lager dan het Minimumloon.

1.1.9 **Geen recht (meer) op een Uitkering**

Je heeft geen recht (meer) op een Uitkering als:

- De Restverdien capaciteit hoger is dan het Minimumloon;
- Je volledig arbeidsgeschikt bent;
- Je de wettelijke AOW-leeftijd heeft bereikt;
- Je overlijdt;
- Je langer dan zeven jaar (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt bent;
- Je de verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid niet nakomt (zie artikel 3);
- Er sprake is van één van de uitsluitingen (zie artikel 5);
- Je de Premie niet (volledig) of niet op tijd betaalt. Of als je weigert de Premie te betalen nadat de Verzekeraar je een herinnering heeft gestuurd (zie artikel 6);
- Je de Verzekeraar onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd (zie artikel 8);
- Je fraude heeft gepleegd of de Verzekeraar opzettelijk heeft misleid (zie artikel 10).

1.1.10 **Gevolgen voor de Uitkering bij beëindiging van de verzekering**

Ben je arbeidsongeschikt en wordt de verzekering beëindigd? Dan zet de Verzekeraar de Uitkering stop per beëindigingsdatum van de verzekering.



1.2 Op welke Services heb je recht?

1.2.1 De Persoonlijke Gezondheidscheck

Eenmaal per kalenderjaar kun je gratis deelnemen aan de Persoonlijke Gezondheidscheck van het NIPED. Deze check is gericht op preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

1.2.2 De Casemanager

Na ziekmelding heb je direct recht op begeleiding door een Casemanager. Dat blijft zo gedurende de periode van ziekte of arbeidsongeschiktheid. De Casemanager begeleidt je op weg naar herstel. En regelt alles wat nodig is om re-integratie te realiseren en te bespoedigen.

1.2.3 Recht op begeleiding

Je hebt recht op begeleiding (zie artikel O) als:

- De ziekte op grond waarvan jouw arbeidsongeschiktheid is vastgesteld, is begonnen op of na de ingangsdatum van de verzekering;
- Je aan deze verzekeringsvoorwaarden voldoet.

1.2.4 Vergoeding re-integratie-traject

Wanneer kom je in aanmerking voor vergoeding van een re-integratietraject? De Verzekeraar vergoedt de kosten als je actief deelneemt aan de Persoonlijke Gezondheidscheck (zie artikel 1.2.1) en een reële kans op (gedeeltelijk) herstel heeft. Voor de beoordeling hiervan is het advies van de Arbeidsdeskundige en de Casemanager leidend.

Wat houdt *actief deelnemen* in? Binnen drie maanden na aanvang van de verzekering heb je deelgenomen aan de Persoonlijke Gezondheidscheck. En daarna ten minste één keer in de drie jaar.

Niet binnen drie maanden na aanvang van de verzekering deelgenomen aan De Persoonlijke Gezondheidscheck? Je hebt dan toch recht op vergoeding van re-integratiekosten als je daarna tenminste tweemaal aan de Persoonlijke Gezondheidscheck hebt deelgenomen met een tussenliggende periode van minimaal een jaar.

1.2.5 Welke re-integratietrajecten worden vergoed?

Re-integratietrajecten betreffen onder meer de Arbeidsdeskundige hulp en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Deze trajecten kunnen onderzoek, advisering en begeleiding bij aanpassing van de beroepswerkzaamheden en de bedrijfsvoering omvatten. Gericht op herstel en/of vermindering van de arbeidsongeschiktheid. Ook kosten van herplaatsing, aanpassingen, revalidatie en her-/omscholing kunnen voor vergoeding in aanmerking komen. Hierbij gaat het om kosten die buiten de normale kosten van geneeskundige behandeling vallen.



1.2.6 Welke kosten bij re-integratietrajecten worden vergoed?

Vergoeding van re-integratiekosten vindt plaats op basis van de volgende regels:

- Het gaat om redelijke kosten (ter beoordeling door de Verzekeraar) die aantoonbaar noodzakelijk zijn om arbeidsongeschiktheid te verminderen. En het terugkeren in het arbeidsproces te bevorderen;
- De kosten zijn gemaakt nadat de Verzekeraar ze vooraf heeft beoordeeld en goedgekeurd;
- Er bestaat elders geen recht op vergoeding van deze kosten;
- De kosten behoren niet tot de normale kosten van een geneeskundige behandeling en/of revalidatie.

1.3 Wanneer ben je ziek of arbeidsongeschikt?

1.3.1 Ziekte

Wanneer ben je als Verzekerde ziek? Dat is het geval als je door ziekte, klacht of aandoening niet meer (volledig) kunt werken. Vanaf de datum dat je bij de Verzekeraar hebt ziek gemeld, staat je bij het Tulpenfonds geregistreerd. In principe kan de ziekmelding niet met terugwerkende kracht plaatsvinden.

Als je jezelf niet ziek kunt melden, kan een derde dat voor je doen. Is ook dat door omstandigheden of overmacht niet mogelijk? Je dient dan aannemelijk te maken waarom je niet in staat was zich op tijd ziek te melden. Het is mogelijk dat de Verzekeraar akkoord gaat met een ziekmeldingsdatum in het verleden. Dat gebeurt op basis van het eigen oordeel van de Verzekeraar.

1.3.2 Arbeidsongeschiktheid

Ben je na een ziekmelding bij de Verzekeraar gedurende een Wachttijd van 42 dagen onafgebroken ziek geweest? Je bent arbeidsongeschikt zodra de Verzekeraar dat officieel heeft verklaard. Dat gebeurt op basis van het oordeel van een toegewezen Keuringsarts. Hij moet vaststellen dat je jouw beroep door Functionele beperkingen in het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid niet meer volledig kunt uitoefenen.

In het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid stelt de Keuringsarts vast of er wel of geen sprake is van beperkingen voor het uitoefenen van andere werkzaamheden of functies buiten jouw eigen beroep.

1.3.3 Recht op een Uitkering

Wanneer heb je recht op een Uitkering? Eerst dient de Verzekeraar bepaald te hebben dat je arbeidsongeschikt bent conform artikel O. Vervolgens moet de Arbeidsdeskundige onderbouwd beoordelen dat jouw Restverdien capaciteit op basis van een fulltime werkweek door beperkingen minder bedraagt dan het Minimumloon. Jouw Restverdien capaciteit wordt bepaald in overeenstemming met artikel 1.1.8.

1.3.4 Recht op een Uitkering bij zwangerschap en bevalling

Ben je arbeidsongeschikt als gevolg van zwangerschap en/of bevalling? Je bent dan verplicht een ZEZ-uitkering (zelfstandige en zwanger) aan te vragen bij het UWV (kijk op www.uwv.nl voor meer informatie). Kent het UWV je deze uitkering toe, dan stopt jouw uitkering van de Tulpenfonds AOV Basis. Dat duurt zolang je een ZEZ-uitkering ontvangt. In deze periode betaal je wel jouw premie door. Als je geen ZEZ-uitkering (meer) ontvangt, dan valt jouw arbeidsongeschiktheid onder de dekking van deze verzekering



2 Aanvang, duur en einde van jouw verzekering

2.1 Aanvang van de verzekering

De Uitkering en Services waarop je recht heeft, zijn verzekerd vanaf de vermelde ingangsdatum op het Polisblad.

2.2 Duur van de verzekering

Je bent verzekerd tot de einddatum die op het Polisblad staat vermeld (zie artikel 1.1.1). Bij arbeidsongeschiktheid kun je tot deze einddatum aanspraak maken op de verzekerde dekking.

2.3 Beëindiging van de verzekering

De verzekering en daarmee het recht op een Uitkering eindigt:

- Op de einddatum van de verzekering, zoals vermeld op het Polisblad;
- Direct nadat de Verzekerde komt te overlijden;
- Als de maximale duur van de Uitkering is bereikt (zie artikel O);
- Direct zodra je geen Zelfstandig ondernemer meer bent.
- Door verhuizing naar of verblijf langer dan 6 maanden in het buitenland;
- Op de eerste dag van de maand volgend op de datum waarop je de wettelijke AOW-leeftijd bereikt;
- Direct nadat je het beroep, zoals vermeld staat op het Polisblad definitief stopzet;
- Direct nadat je jouw beroepswerkzaamheden staakt zonder ziekmelding;
- Direct nadat je verplicht verzekerd wordt volgens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). (Kijk op www.overheid.nl voor meer informatie).

Bovengenoemde punten gelden naast de overige bepalingen over opzegging/beëindiging die elders in deze voorwaarden staan.

2.4 Directe beëindiging van de verzekering

De Verzekeraar kan de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen als (inter)nationale sanctieregelgeving haar verbiedt de verzekering uit te voeren. Dat geldt ook als blijkt dat de Verzekerde is opgenomen op een (inter)nationale sanctielijst. In dat geval zal er geen premie worden terugbetaald.

De Verzekeraar kan met onmiddellijke ingang de verzekering opzeggen als je onvoldoende medewerking verleent, onjuiste informatie heeft verstrekt of gegevens heeft achtergehouden met het oogmerk om de Verzekeraar te misleiden, of wanneer de Verzekeraar bij een ware kennis van zaken de verzekering geheel niet geaccepteerd zou hebben.

2.5 Recht van opzegging door de Verzekerde

Je hebt het recht de verzekeringsovereenkomst op te zeggen binnen veertien dagen na de ingangsdatum van de verzekering. Deze opzegging is ook bekend onder de term "Herroepingstermijn". Opzegging in zo'n vroeg stadium kan geschieden op jouw persoonlijke account mijn.Tulpenfonds.nl. In dat geval zal de Verzekeraar de al geïncasseerde premiebedragen terugstorten.

Zijn de veertien dagen na de ingangsdatum verstreken, dan kan je de verzekering dagelijks opzeggen, de verzekering wordt dan één kalendermaand volgend op de datum van opzegging beëindigd. Tot die datum ben je Premie verschuldigd.



2.6 Recht van opzegging door de Verzekeraar

Behoudens de gevallen die in deze voorwaarden worden genoemd, kan de Verzekeraar de verzekering niet opzeggen.

Specifieke situaties waarin de Verzekeraar de verzekering wel kan opzeggen:

- Als je bij aanvraag van de verzekering niet alle of onjuiste informatie heeft gegeven aan de Verzekeraar (zie artikel 2.4);
- Als de Verzekeraar de verzekering niet had gesloten indien hij die informatie bij aanvang wel had gehad (zie artikel 2.4);
- Als je de Premie niet volledig betaalt, niet op tijd of weigert te betalen nadat de Verzekeraar een herinnering heeft gestuurd (zie artikel 6);
- Als het risico van de verzekering wijzigt en de Verzekeraar dat nieuwe risico niet wil verzekeren (zie artikel 8);
- Als je fraude heeft gepleegd of de Verzekeraar opzettelijk heeft misleid (zie artikel 10).

2.7 Premie–teruggave bij beëindiging verzekering

Bij beëindiging van de verzekering ontvang je pro–rata alleen de Premie terug die je vooruitbetaald heeft. Je bent altijd Premies verschuldigd tot aan de beëindigingsdatum van de verzekering. Premie–teruggave bij beëindiging van de verzekering wegens fraude zal niet plaatsvinden.

2.8 Ziekmelding

2.8.1 Wanneer geef je door dat je ziek bent?

Ben je ziek en kunt je jouw beroepswerkzaamheden niet meer volledig verrichten? Je bent verplicht dat direct op dezelfde dag te melden aan de Verzekeraar. Dat dient te gebeuren op jouw persoonlijke account mijn.Tulpenfonds.nl.

Ben je door overmacht of onvermogen niet in staat dat tijdig te doen? Je meldt je alsnog zo spoedig mogelijk ziek op jouw Tulpenfonds–account. Je dient dan aannemelijk te maken waarom je niet in staat was zich op tijd ziek te melden. Of je laat het iemand anders voor je doen. Dat kan ook via een email aan serviceteam@tulpenfonds.nl met als titel ‘ziekmelding’. In de tekst dienen jouw polisnummer, naam en adresgegevens vermeld te worden.

2.8.2 Wat zijn de gevolgen als je ziekte niet tijdig doorgeeft?

De Wachtijd van 42 dagen gaat in vanaf de datum van ziekmelding. Als je je later ziek meldt dan de feitelijke datum waarop je ziek werd, dan zal jouw Uitkering later aanvangen.

2.8.3 Welke medewerking moet je verlenen bij ziekte en/of arbeidsongeschiktheid?

Vraagt de Verzekeraar, Keuringsarts, Arbeidsdeskundige, Gezondheidscoach of een derde partij (door de Verzekeraar aangewezen) je om informatie? Je bent verplicht volledige medewerking te verlenen en alle gevraagde informatie te verstrekken die nodig is om:

- Vast te stellen of je recht hebt op een Uitkering of Services;
- De hoogte van jouw Uitkering te kunnen bepalen;
- Te beoordelen welke re–integratiemogelijkheden er zijn.

Als je onvoldoende meewerkt, onvoldoende informatie verstrekt of gegevens achterhoudt, heeft de Verzekeraar het recht de verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen. Zonder enige vorm van premierestitutie en onder verhaal van de Uitkeringen die zijn gedaan.



2.8.4 Inschakeling deskundige

Heeft de Verzekeraar een deskundige ingeschakeld om jouw arbeidsongeschiktheid en recht op Uitkering en/of Services te beoordelen? Je bent verplicht volledig mee te werken en deze deskundige alle informatie verstrekken die hiervoor nodig is.

2.9 Vaststelling arbeidsongeschiktheid en recht op een Uitkering

2.9.1 Hoe stelt de Verzekeraar jouw arbeidsongeschiktheid vast?

- De Verzekeraar stelt een Keuringsarts aan om de Belastbaarheid van de Verzekerde te bepalen;
- Voor bepaling van de Belastbaarheid kan de Keuringsarts gebruik maken van de medische informatie van jouw behandelend arts(en). Je dient de Keuringsarts toestemming te geven de informatie over de ziekte of ongevalsgevolgen op te vragen. Het betreft hier de ziektefeiten waarvoor je je arbeidsongeschikt heeft gemeld.
- Naast de bevindingen van de Keuringsarts (onder andere over jouw Belastbaarheid) schakelt de Verzekeraar een Arbeidsdeskundige in met het verzoek jouw inzetbaarheid (arbeidsongeschiktheid) te bepalen.
- Blijk je na het oordeel van de Keuringsarts *in het eerste jaar* van arbeidsongeschiktheid (gedeeltelijk) niet belastbaar te zijn om jouw eigen beroepswerkzaamheden uit te voeren? Dan verklaart de Verzekeraar je arbeidsongeschikt.
- Na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid vindt een herkeuring plaats door de Keuringsarts.
- Blijk je na het oordeel van de Keuringsarts *na het eerste jaar* van arbeidsongeschiktheid (gedeeltelijk) niet belastbaar te zijn voor andere beroepswerkzaamheden of functies buiten jouw eigen beroep? Dan verklaart de Verzekeraar je ook arbeidsongeschikt.
Na een keuring krijg je zo snel mogelijk bericht of je arbeidsongeschikt bent in de zin van deze verzekeringsvoorwaarden.

2.9.2 Hoe stelt de Verzekeraar jouw Uitkering vast?

- Nadat je arbeidsongeschikt bent verklaard, hoor je binnen een week of je recht hebt op een Uitkering, Services en/of een re-integratietraject. Het recht en de hoogte van de Uitkering worden vastgesteld zoals omschreven in artikel 1.1.1.
- Ben je het niet eens met de keuringsuitslag of de vaststelling van de hoogte van de Uitkering? De Verzekeraar gaat graag met je in gesprek om tot een oplossing te komen. Daarbij heb je recht op een kosteloze medische of Arbeidsdeskundige herbeoordeling. In overleg met je bepaalt de Verzekeraar wie de *second opinion* uitvoert. De uitslag hiervan is bindend voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid of de bepaling van jouw Restverdien capaciteit. Denk je anders over jouw arbeidsongeschiktheid of functionele mogelijkheden? Je dient dat binnen één maand na ontvangst van het bericht schriftelijk te melden. Anders gaat de Verzekeraar ervan uit dat je het eens bent met zijn standpunt. Klachten kun je indienen bij de Serviceteam van Tulpenfonds (zie artikel 12).



3 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

3.1 Jouw verplichtingen

- Je moet je laten behandelen door een bevoegd arts;
- Je doet al het redelijke weer arbeidsgeschikt te worden;
- Je geeft veranderingen in jouw arbeids(on)geschiktheid direct aan de Verzekeraar door;
- Je laat je onderzoeken door een aangewezen bevoegd arts en verstrekt die arts alle benodigde informatie (als de Verzekeraar daarom vraagt);
- Je geeft de aangewezen Keuringsarts toestemming informatie bij jouw behandelend arts(en) op te vragen (als de Verzekeraar daarom vraagt);
- Je werkt volledig mee met een onderzoek van een aangewezen Arbeidsdeskundige en verstrekt hem alle benodigde informatie (als de Verzekeraar daarom vraagt);
- Je informeert ons door middel van een e-mail (serviceteam@Tulpenfonds.nl) als je langer dan één maand naar het buitenland gaat;
- Je doet niets wat de belangen van de Verzekeraar benadeelt;
- Je accepteert aanpassingen van werk(omstandigheden) of een andere taakverdeling als dat bijdraagt aan jouw (gedeeltelijk) herstel. Of aan een snellere terugkeer naar arbeidsgeschiktheid of werk (indien de Verzekeraar dat in redelijkheid van je kan vragen).

3.2 Inhoudingen op de Uitkering

Heb je als Verzekerde recht op een Uitkering? De Verzekeraar is verplicht loonheffingen op jouw arbeidsongeschiktheidsuitkering in te houden. Hiervoor ontvangt je het formulier 'opgaaf gegevens voor loonheffingen'. Je dient dat formulier zo spoedig mogelijk in te vullen en te ondertekenen. En vervolgens op te sturen aan de Verzekeraar zodat jouw Uitkering kan starten.

3.3 Belastingen

Alle bijkomende kosten komen voor jouw rekening. Hiermee wordt bedoeld op: belastingen op premies en/of uitkeringen, rente op uitkeringen en alle overige kosten die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en de uitvoering daarvan.

3.4 Gevolgen bij verzuim van verplichtingen

Kom je jouw verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid niet na? Als het de belangen van de Verzekeraar schaadt, kan hij de Uitkering en/of het dienstverleningsniveau verlagen of beëindigen.

Je ontvangt géén Uitkering als je de verplichtingen niet bent nagekomen, met de bedoeling de Verzekeraar te misleiden (zie artikel 3.1).



4 Duur en einde van de Services

4.1 Start van de Begeleiding

4.1.1 Wanneer heb je recht op Begeleiding?

Je hebt recht op Begeleiding door een Casemanager als je wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid jouw beroep niet (volledig) kunt uitoefenen en na een jaar andere werkzaamheden of functies buiten jouw eigen beroep niet (volledig) kunt uitoefenen.

4.1.2 Vanaf welk moment ontvang je Begeleiding?

De Begeleiding start op het moment dat je je ziek meldt. De Casemanager begeleidt je tijdens jouw ziekte, arbeidsongeschiktheid en gehele uitkeringsperiode. Totdat de maximum uitkeringsduur is bereikt of tot het moment waarop de verzekering eindigt.

4.1.3 Wanneer moet je zich ziek melden?

Je bent verplicht je bij ziekte direct ziek te melden (zie artikel 0).

4.2 Duur van de Begeleiding

4.2.1 Hoe lang heb je recht op Begeleiding?

Vanaf het moment dat je je ziek hebt gemeld, heb je recht op Begeleiding. Dat geldt tijdens de gehele periode van ziekte of arbeidsongeschiktheid. Echter maximaal tot het moment waarop de verzekering eindigt.

4.3 Einde van de Begeleiding

4.3.1 Wanneer eindigt de Begeleiding?

Je heeft geen recht (meer) op begeleiding als:

- Er sprake is van één van de uitsluitingen (zie artikel 5);
- Je volledig arbeidsgeschikt bent;
- Je de AOW-gerechtigde leeftijd heeft bereikt;
- Je komt te overlijden;
- Je langer dan zeven jaar (gedeeltelijk en over aaneensluitende periodes) arbeidsongeschikt bent geweest;
- Je de verschuldigde Premie niet, onvolledig of niet op tijd hebt betaald. Of als je weigert de verschuldigde Premie te betalen nadat de Verzekeraar je een herinnering heeft gestuurd;
- Je jouw verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid niet nakomt;
- Je fraude heeft gepleegd of de Verzekeraar opzettelijk heeft misleid;
- Je de Verzekeraar onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd;
- Je de Gezondheidsverklaring niet naar waarheid hebt ingevuld of daarin gevraagde informatie heeft achtergehouden.

4.3.2 Wat zijn de gevolgen voor de Begeleiding als de verzekering wordt beëindigd?

Ben je arbeidsongeschikt en wordt de verzekering beëindigd? De Verzekeraar stopt met de dienstverlening en eventuele vergoeding voor re-integratiekosten. Dat gebeurt vanaf de dag dat de verzekering is beëindigd. Ook kun je vanaf dat moment niet meer deelnemen aan de [Persoonlijke Gezondheidscheck](#).



5 Uitsluitingen

5.1 Roekeloosheid of opzet

Je hebt géén dekking als je arbeidsongeschikt raakt of een ongeval krijgt door opzet of (onbewuste) roekeloosheid. Van jezelf of van iemand anders die belang heeft bij jouw Uitkering. Dat geldt ook als de arbeidsongeschiktheid of gevolgen van een ongeval door opzet of (onbewuste) roekeloosheid verergeren.

5.2 Je krijgt geen Uitkering als jouw arbeidsongeschiktheid ontstaat of verergert door:

- Door gebruik van alcohol of drugs of geneesmiddelen die niet door een arts zijn voorgeschreven;
- Een ongeval na alcohol- of drugsgebruik. Bijvoorbeeld als je aan het verkeer deelneemt met meer alcohol dan het wettelijk toegestane maximum;
- Misbruik van alcohol, geneesmiddelen of drugs;
- Misbruik van geneesmiddelen of drugs. Hiervan is sprake als je zonder voorschrift van een arts geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen hebt gebruikt. Of als je je niet aan de gebruiksaanwijzing hebt gehouden.

5.3 Gevangenisstraf of tbs

Je heeft géén dekking als je (in Nederland of in het buitenland):

- In de gevangenis zit;
- In voorlopige hechtenis zit;
- Door de rechter de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) is uitgesproken.

5.4 Fraude

Je hebt géén dekking als je fraude pleegt (zie artikel 0).

5.5 Atoomkernreactie

Je hebt géén dekking als je arbeidsongeschikt wordt of een ongeval krijgt door een atoomkernreactie. Met een atoomkernreactie bedoelt de Verzekeraar: iedere actie waarbij kernenergie vrijkomt. Bijvoorbeeld:

- Kernfusie;
- Kernsplijting;
- Kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

Het maakt niet uit hoe de atoomkernreactie is ontstaan.

5.6 Radioactieve stoffen

Je hebt wél dekking als je arbeidsongeschikt bent geworden door radioactieve stoffen.

Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- Het gaat om radioactieve stoffen die gebruikt (mogen) worden buiten een kerninstallatie;
- De stoffen moeten bedoeld zijn voor industrie, handel, landbouw, wetenschap of niet-militaire beveiliging. Of voor commerciële, medische of onderwijskundige doelen. En de stoffen moeten voor een van deze doelen worden gebruikt;
- Er moet een overheidsvergunning zijn om de stoffen te maken, gebruiken, bewaren en op te ruimen.



5.7 Molest

Je ontvangt géén Uitkering als je arbeidsongeschikt wordt of een ongeval krijgt door molest. Onder molest wordt verstaan:

- **Oorlog**
Een gewapend, militair conflict tussen staten, landen of volken. Hieronder valt ook het gewapend optreden van militairen die werken onder de vlag van een internationale organisatie. Bijvoorbeeld de VN, NAVO of Europese Unie.
- **Burgeroorlog**
Een gewapende strijd tussen inwoners van een land, waarbij veel mensen van dat land betrokken zijn.
- **Opstand**
Georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat tegen het openbaar gezag.
- **Binnenlandse onlusten**
(Georganiseerde) gewelddadige handelingen op verschillende plaatsen in een land.
- **Oproer**
Een plaatselijke, (georganiseerde) gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag.
- **Muiterij**
Een (georganiseerde) gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, tegen het gezag waaronder zij vallen.

5.8 Terrorisme

Je ontvangt géén Uitkering als je arbeidsongeschikt wordt als gevolg van terrorisme. Dan wordt de omvang van de vergoeding, aanvulling of uitkering bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). (Kijk voor meer informatie op: www.terrorismeverzekerd.nl.)

5.9 Arbeidsongeschiktheid of invaliditeit vóór aanvang van de verzekering

Was je vóór het afsluiten van de verzekering al arbeidsongeschikt of blijvend invalide? Of was dat dan toen al te voorzien? Je bent dan niet verzekerd voor arbeidsongeschiktheid.



6 Premie

6.1 Vaststelling Premie

Hoe stelt de Verzekeraar jouw Premie vast? Dat gebeurt aan de hand van de Premiegroep waarin je bij aanvang van de verzekering bent ingedeeld. Op grond van jouw beroep en leeftijd.

6.2 Toekomstige Premie

Hoe gaat het in de toekomst? De Premies zijn niet gegarandeerd. Tweemaal per jaar worden de Premies geïndexeerd. Net als de verzekerde Uitkering. Daarnaast kan de Verzekeraar de Premie aanpassen per 1 januari van een kalenderjaar. Op grond van de resultaten van de Premiegroep waaraan je deelneemt (zie artikel 7).

6.3 Moment premiebetaling

Wanneer moet je de Premie voor de verzekering betalen? Je doet dat altijd per maand vooraf, behalve bij aanmelding voor de verzekering. Dan gebeurt het eenmalig achteraf. Je betaalt de Premie door middel van een automatische incasso. Hiervoor geef je opdracht bij aanvang van de verzekering. Om jouw dekking te behouden, moet de Premie binnen veertien dagen zijn voldaan.

6.4 Onvolledige of te late betaling

Wat zijn de gevolgen als je de Premie niet op tijd of onvolledig betaalt?

- De verzekering gaat pas in als je de eerste Premie heeft betaald. Betaal je de eerste Premie niet op tijd? Dan gaat de verzekering pas in op het moment dat de Premie door ons ontvangen is.
- Betaal je de (vervolg)premies niet op tijd? Dan ontvang je na veertien dagen een betalingsherinnering. Daarin staat dat je de Premie alsnog binnen veertien dagen moet betalen. Doe je dat niet? Vanaf de dag dat je de Premie had moeten betalen, heb je geen recht meer op een Uitkering bij arbeidsongeschiktheid.
- Heb je de Premie veertien dagen na de betalingsherinnering nog niet betaald? De Verzekeraar beëindigt jouw verzekering. Je ontvangt een brief per welke datum.
- Je blijft verplicht alle verschuldigde Premie alsnog te betalen. Ook zijn alle kosten die de Verzekeraar maakt om de Premie bij je te innen (incassobureau) voor jouw rekening. Inclusief de wettelijke rente.
- Heb je alle verschuldigde Premie alsnog betaald? Je bent direct vanaf de betalingsontvangst weer volledig verzekerd.
- Beëindigt de Verzekeraar jouw verzekering? Je moet de Premie betalen tot de beëindigingsdatum.

6.5 Premieteruggave bij einde verzekering

Eindigt de verzekering? Je krijgt (een gedeelte van) de betaalde Premie terug, over de periode die ligt na de beëindigingsdatum. Heeft je met opzet onjuiste of onvolledige informatie verstrekt bij aanvraag of tijdens de verzekering? Dan krijg je géén Premie terug.

6.6 Premiebetaling bij arbeidsongeschiktheid

Ben je arbeidsongeschikt? Je betaalt de Premie door. Er is géén premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid.

6.7 Informatie aan Belastingdienst

De Verzekeraar heeft de wettelijke verplichting (Renseigneringsplicht. Kijk voor meer informatie op www.wetten.overheid.nl) om de belastingdienst te voorzien van informatie



die relevant is voor de belastingheffing met betrekking tot belastingplichtigen. Dat betekent dat de Verzekeraar de Belastingdienst een opgave verstrekt van de Premie die je hebt betaald en/of teruggekregen. De betaalde premies voor het Tulpenfonds zijn fiscaal aftrekbaar voor de inkomstenbelasting.

7 Aanpassing van de Premie en/of voorwaarden

7.1 Aanpassing van de Premie

In welke situaties mag de Verzekeraar jouw Premie aanpassen?

- Bij de start van de arbeidsongeschiktheidsverzekering stelt de Verzekeraar de premie vast. Daarna wordt de Premie ieder half jaar, telkens op 1 juli en op 1 januari van een kalenderjaar, geïndexeerd met het indexatiepercentage van het wettelijk Minimumloon.
- Buiten de halfjaarlijkse Indexatie mag de Verzekeraar de Premie één keer per jaar, op 1 januari, opnieuw vaststellen voor het komend kalenderjaar. Een dergelijke premie aanpassing is van toepassing op alle deelnemers van de Premiegroep waartoe je behoort. Individuele aanpassingen binnen een Premiegroep zijn uitgesloten.
- Moet de Verzekeraar de Premie wijzigen vanwege een nieuwe wet of wetswijziging? Dan verandert jouw Premie op het moment dat deze wet of wetswijziging ingaat.
- Ontvang je een Uitkering op het moment dat de Premie wijzigt? Dan past de Verzekeraar jouw Premie ook aan. Jouw Uitkering verandert niet.
- Premiewijzigingen krijg je altijd vooraf te weten. De Verzekeraar legt je precies uit wat er verandert, waarom en wanneer de wijziging ingaat.
- Gaat je akkoord met de wijziging? Dan hoef je niets te doen. De wijziging gaat in op de datum die in de brief of e-mail staat.
- Ben je het oneens met de wijziging en wilt je de verzekering beëindigen? Laat het vóór de wijzigingsdatum aan de Verzekeraar weten of binnen één maand nadat de wijziging aan je is medegedeeld, via brief of e-mail. Dan kan de verzekering op de wijzigingsdatum worden stopgezet.

7.2 Aanpassing van de voorwaarden

De Verzekeraar mag de voorwaarden van jouw verzekering wijzigen. Dat kan:

- Per Contractvervaldatum. Verandert de Verzekeraar de voorwaarden vanwege een nieuwe wet of wetswijziging? Dan wijzigt de verzekering op het moment dat deze wet of wetswijziging ingaat.
- Ontvang je een Uitkering op het moment dat de Verzekeraar de voorwaarden wijzigt, dan heeft die wijziging geen gevolgen voor jouw lopende Uitkering. Jouw lopende Uitkering blijft dan vastgesteld worden conform de oude voorwaarden, totdat je weer arbeidsgeschikt bent verklaard.
- Over een wijziging van voorwaarden word je altijd tijdig geïnformeerd door de Verzekeraar. De Verzekeraar legt je precies uit wat er verandert, waarom en wanneer de wijziging ingaat.
- Gaat je akkoord met de wijziging? Dan hoef je niets te doen. De wijziging gaat in op de datum die in de brief of e-mail staat.
- Ben je het oneens met de wijziging en wilt je de verzekering beëindigen? Laat het vóór de wijzigingsdatum aan de Verzekeraar weten of binnen een maand nadat de wijziging aan je is medegedeeld via brief of e-mail. Dan kan de verzekering op de wijzigingsdatum worden stopgezet. Dit is alleen mogelijk wanneer het een verslechtering betreft voor u.



8 Wijzigingen in jouw situatie

8.1 Verzekering actueel houden

Wat moet je doen om jouw verzekering actueel te houden? De Verzekeraar verwacht van je dat je wijzigingen binnen jouw onderneming, beroep en werkzaamheden direct doorgeeft.

8.2 Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering

De Verzekeraar beëindigt jouw arbeidsongeschiktheidsverzekering direct (*behalve* als je bij de Verzekeraar arbeidsongeschikt bent gemeld), als:

- Jouw onderneming failliet is verklaard;
- Je via de rechter surseance van betaling hebt aangevraagd;
- Jij of een van de schuldeisers het faillissement van jouw onderneming hebt aangevraagd bij de rechter;
- Je een 'schuldsanering voor natuurlijke personen' hebt aangevraagd of opgelegd gekregen;
- Je jouw bedrijfsactiviteiten beëindigt;
- Je permanent of langer dan zes maanden met jouw beroepswerkzaamheden stopt;
- Je langer dan zes maanden naar het buitenland gaat;
- Je voor alle arbeid die je verricht verplicht verzekerd bent voor de Ziektewet en/of de Wet werk en inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA).

8.3 Wijzigingen van beroep of onderneming

De Verzekeraar kan jouw arbeidsongeschiktheidsverzekering aanpassen of beëindigen, als:

- Je van beroep verandert;
- De werkzaamheden wijzigen die horen bij het uitoefenen jouw beroep;
- Je (gedeeltelijk) in loondienst gaat;
- Je jouw werkzaamheden tijdens arbeidsongeschiktheid weer (gedeeltelijk) oppakt.

8.4 Wijziging met gevolgen

Doet één van de wijzigingen zoals vermeld dit artikel zich voor? Je informeert de Verzekeraar zo snel mogelijk hierover. In ieder geval binnen een maand nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Jouw arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt per de datum van wijziging van situatie beëindigd.

8.5 Te laat melden van wijzigingen

Heb je deze wijzigingen niet of te laat gemeld? En word je arbeidsongeschikt? De verzekeraar kijkt op dat moment of er sprake is van een risicowijziging. En zal als volgt handelen:

- Is er sprake van een risicoverhoging waardoor je in een Premiegroep met een hogere Premie terecht komt? Dan verlaagt de Verzekeraar jouw Uitkering. De aangepaste Uitkering bedraagt dan de Uitkering die je normaal gesproken zou ontvangen, vermenigvuldigd met de maandpremie die je betaalde. Vervolgens wordt deze gedeeld door de nieuwe (hogere) Premie die je gaat betalen voor de toekomst.
- Kan de Verzekeraar je niet plaatsen in een Premiegroep met een hogere Premie, omdat het risico op arbeidsongeschiktheid te groot is? De Verzekeraar kan je dan niet verzekeren. Er bestaat geen recht op Uitkering en de verzekering wordt direct beëindigd.
- Levert de wijziging een grond op voor de Verzekeraar om de verzekering aan te passen of te beëindigen? Dat gaat die wijziging in per de dag voorafgaand aan de eerste dag van melding van arbeidsongeschiktheid.



8.6 Niet akkoord met aanpassen van de Premie

Ga je niet akkoord met de aanpassing van de Premie? Laat het de Verzekeraar zo snel mogelijk weten. In ieder geval binnen een maand na verzending van het voorstel. Jouw arbeidsongeschiktheidsverzekering eindigt per de datum dat jouw risico is gewijzigd.

9 Preventie (Persoonlijke Gezondheidscheck)

9.1 Wat houdt de Persoonlijke Gezondheidscheck in?

De Persoonlijke Gezondheidscheck is ontwikkeld door het NIPED. Deze check geeft inzicht in de risicofactoren voor jouw gezondheid. Je doorloopt de stappen in de check en ontvangt vervolgens jouw persoonlijk gezondheidsrapport, met adviezen om jouw gezondheid te verbeteren. De gezondheidscheck omvat een laagdrempelig medisch onderzoek (online), op basis van een gevalideerde vragenlijst, plus een Check box. Dat is een aanvullende module voor bloed- en urineonderzoek en buikomvangmeting (zelftesten). Bij juiste toepassing kan de check een preventieve werking hebben.

9.2 Ben je verplicht om aan de Persoonlijke Gezondheidscheck deel te nemen?

Actieve deelname aan de Persoonlijke Gezondheidscheck is niet verplicht. Zie artikel 9.5 voor de voordelen.

9.3 Vergoedt de verzekering de Persoonlijke Gezondheidscheck?

Eén keer per kalenderjaar kun je gratis gebruik maken van de Persoonlijke Gezondheidscheck. Je dient het volledige preventiepakket te doorlopen (vragenlijst en check box). Doe je dat niet? Dan is de Persoonlijke Gezondheidscheck niet gedekt en moet je de kosten zelf betalen.

9.4 Wat betekent actieve deelname?

Actieve deelname is geregeld in artikel O van deze voorwaarden.

9.5 Wat is het voordeel van deelname?

Re-integratiekosten zijn verzekerd bij actieve deelname aan de Persoonlijke Gezondheidscheck. Word je arbeidsongeschikt en heb je door middel van een re-integratietraject een reële kans op (gedeeltelijk) herstel? De Verzekeraar vergoedt de kosten van een dergelijk traject (zie ook artikel O).

9.6 Wat gebeurt er met de uitkomst?

Het NIPED behandelt jouw persoonlijke gegevens strikt vertrouwelijk. Ze worden niet gedeeld met derden en ook niet gebruikt om de individuele verzekeringspremie aan te passen. Het NIPED verzamelt de getotaliseerde en geanonimiseerde gegevens voor de Verzekeraar, die deze informatie gebruikt om de premies voor iedere Premiegroep adequaat vast te kunnen stellen. En de begeleiding, dienstverlening en re-integratietrajecten van Verzekerden te optimaliseren.



10 Fraude

10.1 Definitie van fraude

Het opzettelijk misleiden van een verzekeraar bij de totstandkoming en/of uitvoering van een verzekeringsovereenkomst met de bedoeling om onrechtmatig verzekeringsdekking, -uitkering, -prestatie of dienstverlening te krijgen.

10.2 Vermoeden van fraude

Bij vermoeden van fraude volgt een onderzoek. Als fraude is bewezen, kan de Verzekeraar de volgende maatregelen nemen:

- Geen betaling van een Uitkering (meer). Als je al een Uitkering hebt ontvangen, moet je deze terugbetalen;
- Onmiddellijke beëindiging van jouw verzekering. Dat geldt eventueel ook voor andere verzekeringen die bij de Verzekeraar lopen;
- Registratie van de fraude in de interne fraudesystemen van VSZ en van de Verzekeraar;
- Opname van de persoonsgegevens van verzekerde en het fraude incident in het Centraal Informatie Systeem (CIS). Hieraan nemen alle Nederlandse verzekeraars deel;
- Aangifte bij politie of justitie.
- Claimen van de onderzoekskosten.

10.3 Fraudeonderzoek

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij jouw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons incidentenregister. Dit incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door VSZ.

11 Persoonsgegevens

11.1 Rechtstreekse en persoonlijke berichtgeving

Je krijgt informatie via een brief, e-mail of in de persoonlijke digitale omgeving van het Tulpenfonds (www.mijn.tulpenfonds.nl).

11.2 Gebruik van (persoons)gegevens

Je kunt rekenen op zorgvuldige omgang met jouw (persoons)gegevens. De gegevens worden gebruikt voor/om:

- Acceptatie en uitvoering van de verzekering;
- Uitvoering van financiële dienstverlening, bijvoorbeeld bij gegevens doorsturen naar een incassobureau;
- Je te ondersteunen bij re-integratie, bijvoorbeeld bij gegevens doorsturen naar uitvoerings- en re-integratiepartijen;
- Statistische analyses;
- Te voldoen aan wettelijke verplichtingen, bijvoorbeeld bij gegevens doorsturen naar de Belastingdienst.

Het volledige privacy statement is te vinden op www.tulpenfonds.nl.



11.3 Verwerking van (persoons)gegevens

De (persoons)gegevens worden verwerkt door:

- De risicodragers (Verzekeraar) vermeld op jouw Polisblad;
- VSZ Assuradeuren B.V. (Volmachtouder en administrateur);
- Tulpenfonds BV (intermediair);
- Acture B.V. (Uitvoerder, schadebehandelaar);
- ArdoSZ B.V. (Medisch adviseur bij aanvraag van de verzekering);
- NIPED Prevention B.V. (de Persoonlijke Gezondheidscheck);
- De Belastingdienst;
- Re-integratiepartijen (aangewezen door de Verzekeraar).

De persoonsgegevens worden verwerkt in overeenstemming met het privacy statement van de Verzekeraar

11.4 Gedragscodes en wetten

Bij de verwerking van (persoons)gegevens houdt de Verzekeraar zich aan:

- De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). (Kijk op www.autoriteitspersoonsgegevens.nl voor meer informatie);
- De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars

In deze wet en gedragscode staan de rechten en plichten bij de verwerking van persoonsgegevens. De volledige tekst van de Gedragscode vindt je op de website van het Verbond van Verzekeraars (kijk op www.verzekeraars.nl voor meer informatie).

De Verzekeraar kan gegevens van Verzekeringnemers raadplegen en vastleggen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) (kijk op www.stichtingcis.nl voor meer informatie). Deze stichting verwerkt persoonsgegevens om risico's te beheren en fraude tegen te gaan. Hier kunt je ook het privacyreglement vinden.

12 Klachten

Heb je suggesties voor de dienstverlening of heb je een klacht? Je kunt contact opnemen met onderstaande partijen:

12.1 Service van VSZ Assuradeuren B.V.

Stuur een brief of e-mail naar Tulpenfonds Serviceteam, Wijchenseweg 10, Nijmegen 6537TL of klacht@tulpenfonds.nl

12.2 Jouw verzekeringsadviseur

Hebt je een verzekeringsadviseur? Vraag deze dan eerst om advies. Hij kan je ondersteunen bij het indienen van een klacht.

12.3 Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid).

Ben je niet tevreden over de oplossing van jouw klacht? Je kunt deze binnen drie maanden na een definitieve reactie van VSZ Assuradeuren B.V. als gevolmachtigde van de Verzekeraar schriftelijk voorleggen aan: Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) (kijk op www.kifid.nl voor meer informatie), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag of (070) 333 89 99 of info@kifid.nl. Het aansluitnummer van VSZ Assuradeuren B.V. is 300.015774.



12.4 De rechter

Wil je geen gebruik maken van deze mogelijkheden voor klachtenbehandeling? Dan kun je jouw klacht voorleggen aan de (civiele) rechter in Nederland.

13 Recht

13.1 Geldend recht

Op deze overeenkomst en voorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

13.2 Geen overdracht rechten

De rechten uit deze overeenkomst kunnen:

- Niet worden overgedragen;
- Niet in (onder)pand worden gegeven;
- Niet op een andere manier tot zekerheid dienen.

13.3 Rechten en plichten Verzekeringsvoorwaarden gaan voor

Het Tulpenfonds besteedt veel aandacht aan communicatie. Bijvoorbeeld op/in de website, social media, de brochure, verzekeringskaart, online-administratie en perspublicaties. De informatie in die uitingen is met grote zorg opgesteld. Zoveel mogelijk in overeenstemming met deze verzekeringsvoorwaarden en zo volledig mogelijk.

Soms bevat die informatie een samenvatting of een populaire omschrijving van de verzekering en de dienstverlening. Dit met het oog op een optimale begrijpelijkheid. Staan er onverhoopt fouten in die informatie of ontstaan er interpretatieverschillen? Staat er iets anders dan in de verzekeringsvoorwaarden? In dat geval:

- Prevaleren altijd deze verzekeringsvoorwaarden waarin de rechten en plichten van de Verzekerde en de Verzekeraar staan;
- Is de Verzekeraar niet aansprakelijk voor eventuele gevolgen hiervan.

14 Begrippenlijst

Deze begrippenlijst is van toepassing op de verzekeringsvoorwaarden van de Tulpenfonds-arbeidsongeschiktheidsverzekering.

AOW-leeftijd

De AOW-leeftijd is de leeftijd waarop de wettelijke AOW leeftijd van de Verzekerde ingaat.

Arbeidsdeskundige

De Verzekeraar wijst een Arbeidsdeskundige aan die staat ingeschreven in het [Register van Arbeidsdeskundigen](#) (kijk op www.register-arbeidsdeskundigen.nl voor meer informatie). Hij stelt vast in hoeverre de Verzekerde nog arbeid kan verrichten en welke Restverdiencapaciteit op basis van een fulltime werkweek hij heeft. De Arbeidsdeskundige baseert zijn oordeel op de uitkomst van de functionele beperkingen die de Keuringsarts vaststelt. En op de mogelijkheden (functies) die een Verzekerde ondanks deze beperkingen nog kan vervullen op de arbeidsmarkt. Daarnaast ondersteunt de Arbeidsdeskundige de arbeidsongeschikte Verzekerde in de mogelijkheden van terugkeer in zijn eigen beroep. Of in een ander beroep of functie op de arbeidsmarkt.

Belastbaarheid

De (werk)last die een individu kan dragen, zowel op geestelijke als lichamelijke vlak.



Casemanager

De Casemanager begeleidt de Verzekerde op weg naar herstel. En regelt voor en namens je alles wat nodig is binnen de kaders van de Begeleiding om jouw herstel (re-integratie) te realiseren en te bespoedigen.

Contractduur

De Contractduur is de benaming voor een periode van een jaar. De verzekering kan dagelijks worden opgezegd met één maand opzegtermijn. De verzekering wordt dan per één kalendermaand volgend op de datum van opzegging beëindigd.

Contractvervaldatum

De datum waarop jouw verzekering automatisch wordt verlengd. Je vindt de Contractvervaldatum op jouw Polisblad.

Functionele beperking

De belastbaarheid beoordeeld en vastgelegd door de Keuringsarts in de functionele mogelijkhedenlijst (FML) van de arbeidsongeschikte voortvloeiende uit ziekte(n) of gebrek. Indexatie

De halfjaarlijkse aanpassing van de (verzekerde) Uitkering en de Premie, op basis van de ontwikkeling van het wettelijk Minimumloon.

Keuringsarts

De Verzekeraar wijst een Keuringsarts aan die staat ingeschreven in het BIG-register (kijk op www.bigregister.nl voor meer informatie). Het is een arts die zich heeft gespecialiseerd in de verzekeringsgeneeskunde. Dat is een specialisme op het gebied van claims van diverse arbeidsongeschiktheidsregelingen. De Keuringsarts stelt vast of er sprake is van een stoornis als gevolg van ziekte of gebrek. Een medisch objectief vast te stellen stoornis waardoor de Verzekerde beperkt is in zijn functioneren. De Keuringsarts is ook betrokken bij de begeleiding en re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers. En beoordeelt de gezondheidsverklaring van de kandidaat-Verzekerde bij aanmelding voor deelname aan het Tulpenfonds.

Minimumloon

Het Minimumloon is het laagste bedrag dat een werkgever wettelijk verplicht is aan een werknemer te betalen. Het kan de vorm hebben van een uurloon of loon per week/maand. Het Minimumloon is altijd uitgedrukt als brutoloon, zonder inhouding van belastingen en sociale zekerheidsbijdragen.

Norminkomen eerste jaar van arbeidsongeschiktheid

Het inkomen (*eigen* beroep) van de arbeidsongeschikte Verzekerde wordt in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid op basis van een fulltime werkweek vastgesteld aan de hand van de formule¹:

Norminkomen = ((L) x (O x factor) x (E x factor) x (S x factor)) x 60%.

L = het wettelijk Minimumloon.

O = gevolgde opleiding. Standaard is dit 1. Afhankelijk van het opleidingsniveau wordt een factor gebruikt die varieert van 1 tot en met 3,6.

¹ Bosman, P.C. (Red.) (2018). *Prijzen & Tarieven Gids (editie 2018, pp 12-14)*. Bergen, Publimix



E = ervaring in het beroep dat uitgeoefend wordt. Standaard is dit 1. Afhankelijk van het aantal ervaringsjaren wordt een factor gebruikt die varieert van 1 tot en met 2.

S = specialisme. Standaard is dit 1. Afhankelijk van het specialisme wordt een factor gebruikt die varieert van 1 tot en met 2.

60%= het percentage dat gebruikt wordt voor de declarabele uren van de Verzekerde.

Zowel de elementen als de factoren van de formule, behoudens het wettelijk Minimumloon, liggen vast, zijn eenmalig vastgesteld en wijzigen niet en kunnen op verzoek daartoe worden verstrekt.

De brongegevens voor de berekening worden door de Arbeidsdeskundig in overleg met de arbeidsongeschikte deelnemer vastgesteld en kunnen op verzoek worden verstrekt.

Het Norminkomen in een *ander* beroep (gangbare arbeid) vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid is het gemiddelde salaris van drie (3) functies waarvan de Arbeidsdeskundige heeft vastgesteld dat de Verzekerde met inachtneming van de diens beperkingen nog kan uitoefenen.

Norminkomen vanaf tweede jaar van arbeidsongeschiktheid

Het Norminkomen in een *ander* beroep (gangbare arbeid) vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid is het gemiddelde salaris van drie (3) functies (op basis van een fulltime werkweek) waarvan de Arbeidsdeskundige heeft vastgesteld dat de Verzekerde met inachtneming van diens beperkingen nog kan uitoefenen.

Persoonlijke Gezondheidscheck

De Persoonlijke Gezondheidscheck is een compleet, betrouwbaar en wetenschappelijk hulpmiddel om jouw gezondheid en welzijn te monitoren. En je te helpen om gezonder te leven. Overal waar in deze voorwaarden Persoonlijke Gezondheidscheck staat, bedoelt de Verzekeraar de Persoonlijke Gezondheidscheck van NIPED. Hiermee heeft Tulpenfonds een overeenkomst op basis waarvan verzekerden maximaal één keer per kalenderjaar kunnen deelnemen.

Polisblad

Op het Polisblad staan de gegevens die de Verzekeraar met je hebt afgesproken. Het Polisblad en de voorwaarden vormen samen de polis van jouw verzekering.

Premie

Het bedrag dat je moet betalen voor de verzekering.

Renseigneringsplicht

De verplichting voor onder andere schade- en levensverzekeraars om de Belastingdienst te voorzien van informatie. Het betreft gegevens die relevant zijn voor belastingheffing over het inkomen van belastingplichtigen.

Restverdiencapaciteit

De Restverdiencapaciteit is het inkomen wat de Verzekerde volgens de Arbeidsdeskundige nog kan verdienen. Hierbij wordt rekening gehouden met jouw vaardigheden en bekwaamheden. En met jouw beperkingen die de Keuringsarts heeft vastgesteld. De hoogte van de Restverdiencapaciteit is bepalend voor de vaststelling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (zie artikel O).



De Restverdien capaciteit wordt vastgesteld op basis van het berekend Norminkomen op basis van een fulltime werkweek van de arbeidsongeschikte Verzekerde.

Uitkering

De Uitkering is de maandelijkse inkomensaanvulling die is vastgesteld na de melding van arbeidsongeschiktheid.

Verzekeraar

De Verzekeraar of Verzekeraars die staan vermeld staan op jouw Polisblad.

Verzekerd bedrag

De Uitkering waarvoor je (per jaar) verzekerd bent.

Verzekerde

De natuurlijke persoon die op het Polisblad staat aangemerkt als Zelfstandig ondernemer. Het betreft de persoon aan wie de Verzekeraar bij arbeidsongeschiktheid Uitkering(en) en services verleent. Voor zover daar volgens deze voorwaarden recht op bestaat.

Welke mensen kunnen zich verzekeren? Alleen personen die tijdens de hele verzekeringsperiode in Nederland staan ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BPR). Voldoe je niet meer aan een van bovenstaande voorwaarden? Je bent verplicht dat direct schriftelijk (per e-mail of post) te melden aan de Verzekeraar. Hierna wordt de verzekering beëindigd. De Verzekerde wordt in deze voorwaarden aangeduid met "je" of "jouw". En overal waar "hij" staat kunt je tevens "zij" lezen.

Verzekeringsnemer

De Verzekeringsnemer voor deze verzekering is gelijk aan de Verzekerde.

VSZ

VSZ Assuradeuren B.V., de gevolmachtigde van de op het Polisblad vermelde risicodragers(s).

Wachttijd

De periode van 42 dagen waarover je geen recht hebt op een Uitkering. Er wordt gerekend vanaf de dag dat je je ziek meldt. De Wachttijd is van toepassing op elke nieuwe ziekmelding. Tenzij je je binnen zes maanden, nadat de Keuringsarts je arbeidsgeschikt heeft verklaard, opnieuw ziek meldt. In dat geval is er geen wachttijd van toepassing.

