

# Convenant toegang tot aan arbeid gerelateerde verzekeringen



VERBOND VAN VERZEKERAARS



## 1. Inleiding

Het Kabinet heeft in zijn standpunt bij de tweede evaluatie van de Wet op de medische keuringen (Wmk) uit 2007 aangegeven dat het gebruik van uitsluitingsclausules door verzekeraars bij aan arbeid gerelateerde verzekeringen een drempel kan vormen voor de toegang tot betaalde arbeid en de mobiliteit op de arbeidsmarkt van mensen met een gezondheidsbeperking.<sup>1</sup> Dit terwijl zij door de werkgever geschikt zijn gevonden voor het uitoefenen van hun functie.

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de stichting Welder (voorheen Breed Platform Verzekerden & Werk) hebben eveneens op deze problematiek gewezen en om oplossingen gevraagd. Kern van de bezwaren is dat carenztijden<sup>2</sup> verzekeraars en pensioenfondsen de mogelijkheid geven om verzekerden en nabestaanden in de beginperiode van de verzekering een uitkering te weigeren, ook al was de verzekerde in kwestie volledig in staat om als werknemer zijn bedongen arbeid te verrichten.

Het kabinet heeft erop aangedrongen dat het Zelfreguleringsoverleg Wmk (ZRO)<sup>3</sup>, waarin vertegenwoordigers van verzekeraars (Verbond van Verzekeraars), medici (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG<sup>4</sup>) en consumenten- en patiëntenorganisaties (Chronisch zieken en Gehandicapten Raad, CG-Raad, Stichting Welder) zitting hebben, tot afspraken komt over het wegnemen van belemmeringen voor de toegang tot betaalde arbeid en de arbeidsmobiliteit, rekening houdend met de principes van de Wmk en de verzekeringstechniek. Het kabinet heeft aangegeven (en de Minister alsmede de Staatssecretaris van SZW hebben herhaald) dat wanneer het ZRO niet tot overeenstemming komt op het gebied van carenztijden, brandend huis clausules en dergelijke, er wettelijke maatregelen zullen worden getroffen<sup>5</sup>.

Partijen in het ZRO vinden het uiterst belangrijk dat de arbeidsmobiliteit niet belemmerd wordt en hebben graag de taak op zich genomen om mede vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid samen met de partners in het Zelfreguleringsoverleg Wmk tot een oplossing te komen voor de genoemde problematiek. Transparantie en zekerheid zijn hierbij de uitgangspunten.

De partijen in het ZRO zijn tot de hieronder uitgewerkte afspraken gekomen die in dit convenant zijn neergelegd. Het convenant is bindend voor de verzekeraars die lid zijn van het Verbond van Verzekeraars.

## 2. Uitgangspunten convenant

Bij de totstandkoming van het convenant hebben partijen de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het voorkomen dat werknemers die starten op de arbeidsmarkt zich niet kunnen verzekeren en dat werknemers die overstappen naar een nieuwe werkgever met een nieuwe verzekering die eenzelfde soort dekking biedt.
- Het voorkomen van het onverzekerd zijn voor werknemers bij een overstap door de werkgever naar een nieuwe verzekeraar.
- Het keuringsverbod voor de aan arbeid gerelateerde verzekeringen krachtens de Wet op de medische keuringen (art 4, lid 3 en 4).

<sup>1</sup> Zie de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mede namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 25 januari 2009, p. 6 - 8 (Kamerstukken II, 2007-'08, 28172, nr. 5).

<sup>2</sup> Carenztijden zijn perioden waarin de verzekerde geen recht op uitkering of premievrijstelling heeft.

<sup>3</sup> Het ZRO ontleent zijn bestaan aan de Wmk (artikel 9): "Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8."

<sup>4</sup> De KNMG is niet betrokken bij de opstelling van het convenant. Wel heeft de KNMG ingestemd met de uitbreiding van de taak van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens.

<sup>5</sup> Kabinetsstandpunt op het rapport inzake de tweede evaluatie van de WMK d.d. 25 januari 2008; Kamerbrief Minister SZW d.d. 5 december 2007; antwoord op Kamervragen d.d. 28 oktober 2008 van staatssecretaris Bussemaker op Kamervragen van Omtzigt en Smilde.



- Het tegengaan van antiselectie<sup>6</sup> en misbruik van verzekeringen.
- Het verzekeringsprincipe van een 'onzeker voorval', dat wil zeggen dat een risico dat zich al heeft voltrokken niet te verzekeren valt.

Op grond van de hiervoor genoemde uitgangspunten hebben de partijen in het ZRO oplossingen gezocht voor de problematiek van de arbeidsmobiliteit en het mogelijk onbedoeld onverzekerd geraken ten gevolge van een functiebeperking. Hierbij is een evenwicht gevonden tussen het bevorderen van enerzijds de arbeidsdeelname van de personen met een functiebeperking en anderzijds het tegengaan van antiselectie en het voorkomen van misbruik.

### 3. Afspraken

Partijen spreken af voor 'aan arbeid gerelateerde verzekeringen' de onderstaande definitie te hanteren. Daarnaast spreken partijen af dat verzekeraars bij deze verzekeringen de onderstaande aanpak volgen, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar het risico op arbeidsongeschiktheid en het risico op overlijden.

#### 3.1 Definitie 'aan arbeid gerelateerde verzekeringen'

Aan de arbeid gerelateerde verzekeringen zijn de verzekeringen voor werknemers die op grond van de arbeidsovereenkomst door de werkgever worden gesloten ten behoeve van een ouderdoms-, nabestaanden-, of arbeidsongeschiktheidspensioen als bedoeld in de Pensioenwet en door de werkgever ten behoeve van zijn werknemers gesloten aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen alsmede verzekeringen gesloten in het kader van de loondoorbetaling bij ziekte of eigenrisicodragen WGA. Voor deze verzekeringen geldt het keuringsverbod conform de Wmk. Onder werknemer wordt niet verstaan de directeur-groootaandeelhouder zoals gedefinieerd in de Pensioenwet.

Voor aan de arbeid gerelateerde verzekeringen waarbij deelname op vrijwillige basis plaatsvindt, geldt het keuringsverbod op grond van de Wet op de medische keuringen eveneens indien de werknemer een beslissing neemt binnen drie maanden na de eerste dag van indiensttreding of de ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst tussen de werkgever en de verzekeraar (indien de verzekeringsovereenkomst van kracht wordt als de werknemer reeds in dienst is getreden). De periode van drie maanden geldt ook als de desbetreffende werknemer door een salarisverhoging voor het eerst tot de kring van de verzekerden gaat behoren. Het keuringsverbod geldt niet als een werknemer een gemaakte keuze in zijn pensioen of verzekering wil wijzigen, danwel zich niet binnen drie maanden na aanvang van de verzekering of dienstbetrekking als deelnemer heeft aangemeld, of terugkomt op een beslissing om niet deel te nemen aan de pensioenregeling of verzekering.

Voorbeelden van arbeidsgelateerde verzekeringen zijn:

- De verzekering die de werknemer van een aanvullende uitkering voorziet als de werkgever verplicht is de werknemer wegens ziekte het loon door te betalen;
- De WIA-excedentverzekering. Deze voorziet in een aanvullende uitkering als de werknemer een uitkering ontvangt in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA).
- De WGA-hiaatverzekering. Deze voorziet in een uitkering als een werknemer recht heeft op een vervolgutkering op grond van de regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA);
- De verzekering die voorziet in een uitkering als de werknemer door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) als minder dan 35% arbeidsongeschikt wordt beoordeeld;
- De verzekering die voorziet in een recht op premievrije voortzetting van de pensioenopbouw bij arbeidsongeschiktheid;

---

<sup>6</sup> Antiselectie is het verschijnsel dat personen de neiging hebben om risico's waaruit zij geen of nauwelijks schade verwachten niet te verzekeren, terwijl zij voor risico's waarbij ze de schadekans groot achten een verzekering willen afsluiten.

- De ANW-hiaatverzekering die voorziet in een nabestaandenpensioen bij overlijden van de werknemer in de vorm van een aanvulling op de uitkering op grond van de Algemene nabestaandenwet (ANW).

### 3.2 Carentzijden

Partijen spreken af dat carentzijden niet meer zullen worden gehanteerd bij aan arbeid gerelateerde verzekeringen.

### 3.3 Arbeidsongeschiktheidsrisico

Bij aan arbeid gerelateerde verzekeringen die (mede) dekking bieden tegen het risico op arbeidsongeschiktheid, zullen verzekeraars voor het deel van de dekking dat op het arbeidsongeschiktheidsrisico betrekking heeft, gebruik maken van een clause die het inlooprisico beperkt<sup>7</sup>. Deze clause regelt dat geen dekking wordt geboden voor werknemers die op de ingangsdatum van de door de werkgever afgesloten verzekering (als bedoeld in § 3.1) of op de dag van indiensttreding wegens ziekte of ongeval *niet of niet volledig in staat zijn de bedongen arbeid te verrichten*. Er is dan geen sprake meer van een onzeker voorval. Hierbij geldt dat perioden van niet werken wegens ziekte of ongeval die elkaar opvolgen met een onderbreking van minder dan vier weken worden gezien als één doorlopende periode. Als de werknemer onafgebroken vier weken de bedongen arbeid volledig heeft verricht, is er dus geen sprake meer van een inlooprisico en wordt de verzekering alsnog volledig van kracht. Kan de werknemer daarna wegens ziekte of ongeval de bedongen arbeid niet meer (volledig) verrichten, dan is er dekking.

Deze aanpak is vergelijkbaar met de regeling in de werknemersverzekeringen. Zo kan een werknemer aanspraak maken op een uitkering in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) na afloop van een wachttijd van 104 weken. Bij de berekening van deze periode worden de perioden waarin de werknemer door ziekte niet heeft kunnen werken en die elkaar binnen vier weken opvolgen, bij elkaar opgeteld en als één periode beschouwd.<sup>8</sup>

Daarnaast is het uitgangspunt dat verzekeraars uitgaan van de WIA-beoordeling van UWV en niet zelfstandig zullen toetsen op antiselectie en misbruik bij verzekeringen die dekking bieden tegen het risico op arbeidsongeschiktheid. Onderdeel van de WIA-beoordeling is dat UWV voor nieuw toegetreden werknemers op de arbeidsmarkt beoordeelt of de werknemer (die een WIA-uitkering aanvraagt) binnen een half jaar na aanvang van deze werknemersverzekering ziek is geworden en het intreden van de arbeidsongeschiktheid kennelijk moest doen verwachten gezien zijn gezondheidssituatie bij aanvang van de dienstbetrekking.<sup>9</sup>

Het kan echter voorkomen dat UWV deze beoordeling niet of te laat uitvoert. Voor deze situatie komen de partijen overeen dat verzekeraars in de polisvoorwaarden een bepaling kunnen opnemen die inhoudt dat als de werknemer binnen een bepaalde periode na aanvang van de verzekering of indiensttreding zijn werkzaamheden (deels) staakt wegens ziekte of ongeval, de verzekeraar in voorkomende gevallen de uitkering of vrijstelling van premiebetaling (geheel of gedeeltelijk en blijvend of tijdelijk) kan weigeren. Dit op voorwaarde dat de verzekeraar onderzoekt of de gezondheidstoestand van de werknemer bij aanvang van de verzekering of indiensttreding dit redelijkerwijs moest doen verwachten, Partijen komen overeen dat als een verzekeraar deze bepaling<sup>10</sup> opneemt, zij dit alleen kunnen doen op voorwaarde dat zij dit expliciet aan de verzekerden communiceren en in de voorwaarden vermelden. Op de website van de partijen zal hiervan melding worden gemaakt. De duur van de periode dat deze bepaling van toepassing is, kan per verzekeraar verschillend worden vastgesteld, maar op maximaal één jaar.

#### *Inlooprisico en uitloopdekking*

<sup>7</sup> In de praktijk veelal brandend-huisclause genoemd.

<sup>8</sup> Artikel 23 Wet WIA.

<sup>9</sup> Artikel 46, lid 2 onder b Wet WIA.

<sup>10</sup> In de praktijk vaak anti-misbruikbepaling genoemd.

Indien een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer (die door UWV arbeidsongeschikt is bevonden of zich in de WIA-wachttijd bevindt) van werkgever of verzekeraar verandert, wordt het deel waarvoor deze werknemer reeds arbeidsongeschikt is, gewoonlijk niet gedekt door de verzekering of pensioenregeling van de nieuwe werkgever (inlooprisico). Dit omdat het risico reeds is ingetreden.

Het is onwenselijk dat dit de arbeidsmobiliteit remt. In de regel zal dit niet het geval zijn, omdat het bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gebruikelijk is dat het lopende recht op een uitkering ook na beëindiging van het dienstverband blijft bestaan en de verzekeraar van de oude werkgever de lopende uitkering dus voortzet (uitloopdekking). In de praktijk doet zich enige variatie in de precieze bepalingen voor, met name indien de arbeidsongeschiktheidsdekking van de oude werkgever onderdeel is van een pensioenregeling.

Met het oog hierop spreken partijen voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die niet onder het regime van de Pensioenwet vallen, inclusief WGA-hiaatverzekeringen, af dat verzekeraars het uitlooprisico volledig dekken tot de verzekerde eindleeftijd, inclusief eventuele wijzigingen in de mate van arbeidsongeschiktheid. De uitloopdekking geldt vanaf het moment dat de werknemer zich in de WIA-wachttijd bevindt en is gebaseerd het verzekerde salaris.

Het ZRO en de centrale vertegenwoordigers van de pensioenfondsen (Vereniging van Bedrijfstakpensioenfondsen, Stichting voor Ondernemingspensioenfondsen en de Unie van Beroepspensioenfondsen) hebben besproken dat zij gaan bezien of het voor de hand ligt om te proberen een uniforme regeling uit te werken voor in- en uitloopdekking voor arbeidsgelateerde verzekeringen die onder de Pensioenwet/Wet verplichte beroepspensioenregeling vallen. In de praktijk betreft dit het nabestaandenpensioen, het arbeidsongeschiktheidspensioen (inclusief evt. WIA-excedentverzekering) en de premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid. Daarbij zal tevens worden bezien hoe een oplossing kan worden geboden voor de situatie dat een werknemer/vrije beroepsbeoefenaar in de periode vóór de inwerkingtreding van de regeling voor in- en uitloopdekking in een concreet geval bij arbeidsmobiliteit en verandering van verzekeraar of pensioenfonds tussen de wal en het schip valt door de afwezigheid van zowel in- als uitloopdekking.

### 3.4 Overlijdensrisicoverzekeringen

De convenantpartijen komen overeen dat verzekeraars bij verzekeringen die (mede) dekking bieden tegen het risico van overlijden een uitsluitingsclausule mogen hanteren. Deze clausule houdt in dat - als de gezondheidstoestand van de werknemer bij aanvang van de verzekering of het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding, het overlijden redelijkerwijs moest doen verwachten - de verzekeraar geen dekking biedt als de werknemer overlijdt binnen een jaar na aanvang van de verzekering of binnen een jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding.<sup>11</sup>

Om te toetsen of er bij overlijden van de verzekerde sprake is van antiselectie of misbruik, spreken partijen af dat de verzekeraar de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens inschakelt. De uitspraak van de Toetsingscommissie is bindend voor de verzekeraar. Dit betekent een uitbreiding van het mandaat van de commissie. Tot dit moment heeft de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens alleen mandaat om op verzoek van de verzekeraar te onderzoeken of de verzekerde bij het aanvragen van de verzekering bepaalde gezondheidsvragen niet (correct) heeft beantwoord (verzwijging).

De bijlage geeft een toelichting op zowel de huidige als toekomstige organisatie en werkwijze van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens.

---

<sup>11</sup> Deze aanpak is vergelijkbaar met de regeling in artikel 15 van de Algemene nabestaandenwet, waarbij een nabestaande geen recht heeft op een uitkering als de verzekerde binnen een jaar na aanvang van de verzekering of binnen een jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding, is overleden en dit redelijkerwijs kon worden verwacht gezien zijn gezondheidstoestand.

### **3.5 Kortere toepassingsperiode**

Verzekeraars zullen bij het arbeidsongeschiktheidsrisico en het overlijdensrisico de periode waarin de genoemde bepalingen om antiselectie en misbruik tegen te gaan van toepassing zijn, verminderen met de periode waarin de verzekerde voor deze risico's direct voorafgaand aan de verzekering reeds een vergelijkbare dekking genoot.

### **3.6 Hybride producten**

Als een gecombineerde verzekering is afgesloten voor zowel het arbeidsongeschiktheids- als overlijdensrisico dan gelden voor de afzonderlijke onderdelen de afspraken in dit convenant.

## **4. Geschillen**

Eventuele geschillen tussen de werknemer of zijn nabestaande en de verzekeraar over de toepassing van dit convenant kunnen worden voorgelegd aan Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD).

## **5. Werkingsduur en herziening convenant**

Partijen spreken af om regelmatig overleg te voeren over de werking van het convenant en om

twee jaar na de inwerkingtreding hierover te rapporteren.

Op voorstel van elke ondertekenende partij betrokken bij deze overeenkomst kunnen partijen in onderling overleg deze overeenkomst aanpassen.

## **6. Inwerkingtreding en overgangsrecht**

Dit convenant treedt in werking op 1 januari 2010. Na inwerkingtreding van dit convenant zullen nieuw afgesloten contracten aan dit convenant voldoen. De afspraken in dit convenant zijn tevens van toepassing op lopende polissen.

De regeling voor uitloopdekking voor WGA-hiaatverzekeringen en aan de arbeid gerelateerde verzekeringen waarvoor de Pensioenwet niet van toepassing is en waarvoor het keuringsverbod op grond van de Wmk geldt, zal per 1 januari 2011 opgenomen zijn in nieuw afgesloten contracten. Deze regeling voor uitloopdekking is tevens van toepassing op lopende polissen, voor zover er op 1 januari 2010 geen sprake is van ziekte of arbeidsongeschiktheid.

## **7. Ondertekening**

Namens het Verbond van Verzekeraars gevestigd te 's-Gravenhage:

De heer W. van Duin, Voorzitter

Namens de Chronisch zieken- en Gehandicaptenraad gevestigd te Utrecht:

Mevrouw. H. Cliteur, Plaatsvervangend directeur

Namens Stichting Welder:

De heer K. Zwart, Directeur-bestuurder

## Bijlage Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens

### 1. Huidige taak Toetsingscommissie

In 1999 is het 'Convenant inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens' tot stand gekomen. De betrokken Convenantpartijen zijn Breed Platform Verzekerden en Werk (nu Stichting Welder geheten), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het Verbond van Verzekeraars.

De taak van de commissie is om gevallen van overlijden binnen een termijn van maximaal vijf jaar na het afsluiten/wijzigen van de levensverzekering waarin het overlijden niet een gevolg is van een ongeval en waarbij de verzekeringsmaatschappij verzwijging van gezondheidsgegevens (met inbegrip van een van de dekking uitgesloten risico) vermoedt, te onderzoeken en daarover een uitspraak te doen.

Bij een gerechtvaardigd vermoeden van fraude gaat de toetsingscommissie via de aan deze commissie verbonden arts over tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts om te kunnen vaststellen of er bij het aangaan of wijzigen van de verzekering van fraude sprake is geweest. Onder medische informatie wordt verstaan informatie die betrekking heeft op die gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekeringen die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de verzekeraar. Onder de medische informatie valt niet de medische informatie die bij wet is uitgesloten van informatieverwerving door respectievelijk mededeling aan de verzekeraar.

De Toetsingscommissie komt tot een uitspraak waarin:

1. de beslissingen van de toetsingscommissie met redenen omkleed zijn en waarbij rekening gehouden wordt met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde en diens nabestaanden;
2. de beslissingen van de toetsingscommissie bindend zijn voor de verzekeraar;
3. een beslissing van de toetsingscommissie geen beletsel vormt voor de nabestaanden om de bevoegde rechter ook in dezelfde zaak een oordeel te vragen.

De basis voor de commissie is de 'Gezondheidsverklaring' die ingevuld moet worden bij het aanvragen van een individuele levensverzekering. Is de Gezondheidsverklaring niet naar waarheid ingevuld dan kan dit leiden tot de beschuldiging van verzwijging. In dat geval hoeft een verzekeraar een claim niet of niet volledig uit te keren.

### 2. Taak Toetsingscommissie in het Convenant toegang tot aan arbeid gerelateerde verzekeringen

In dit convenant gaat het om overlijdensrisicoverzekeringen waarvoor geen Gezondheidsverklaring is ingevuld, omdat de Wmk keuring verbiedt.

De taak van de Toetsingscommissie is om op verzoek van de verzekeraar te onderzoeken of in het geval van overlijden binnen één jaar na afsluiting van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding, de gezondheidstoestand van de verzekerde bij het afsluiten van de verzekering zodanig was dat een overlijden binnen een periode van één jaar redelijkerwijs te verwachten was.

Evenals in de huidige taak gaat de toetsingscommissie via de aan deze commissie verbonden arts over tot het inwinnen van nadere medische informatie bij de behandelend arts om te kunnen vaststellen of het overlijden van de verzekerde te verwachten was bij het aangaan van de verzekering of bij aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding.

De werkwijze van de commissie blijft dezelfde. De aan de Toetsingscommissie verbonden arts vraagt medische informatie aan de desbetreffende behandelende arts:

- die betrekking heeft op die gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten van de verzekering die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak; en

- die niet mag omvatten medische informatie die bij wet is uitgesloten van informatieverwerving door respectievelijk mededeling aan de verzekeraar.

Het reglement van de Toetsingscommissie is van toepassing met die beperking dat de commissie alleen naar de overlijdensgevallen onderzoek doet die binnen één jaar na het aangaan van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding plaatsvinden en die aan haar worden voorgelegd door de verzekeraar. De beperkingen die nu aan de verzekeraar worden gesteld bij het voorleggen van overlijdensgevallen aan de commissie gelden hier niet. De commissie neemt zonder meer alle gevallen voor onderzoek aan die aan haar worden voorgelegd van overlijden binnen één jaar na het aangaan van de overlijdensrisicoverzekering of binnen één jaar na aanvang van het huwelijk, geregistreerd partnerschap of gezamenlijke huishouding.