

Voorwaarden - Collectieve Ongevallenverzekering

1. Begripsomschrijvingen

1.1 Arbeidsongeschiktheid

Het blijvend geheel of gedeeltelijk niet kunnen verrichten van arbeid als gevolg van het door een ongeval veroorzaakte lichamelijk letsel. Onder het verrichten van arbeid wordt verstaan de voor de krachten en de bekwaamheden van een verzekerde berekende werkzaamheden, die hem met het oog op zijn opleiding en vroegere beroep in billijkheid zijn op te dragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of laatstelijk heeft verricht of op een naburige soortgelijke plaats, ongeacht of zodanige arbeid ook werkelijk beschikbaar is. Arbeidsongeschiktheid van minder dan 15% wordt echter niet als arbeidsongeschiktheid voor deze verzekering aangemerkt

1.2 Functionele invaliditeit

Geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam van een verzekerde, als gevolg van het door een ongeval veroorzaakte lichamelijk letsel.

1.3 Gebeurtenis

Een voorval - zoals een schade of een ongeval - dat voor een verzekerde een aanleiding kan vormen een beroep op de verzekering te doen; daarbij wordt een reeks met elkaar samenhangende voorvallen als één gebeurtenis beschouwd.

1.4 Geldigheidsduur

De periode vanaf de ingangsdatum tot het einde van de verzekering.

1.5 Ongeval

1.5.1

Een ongeval is een plotselinge, van buiten komende onmiddellijke inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde die rechtstreeks geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel veroorzaakt.

1.5.2

Als ongeval in de zin van deze voorwaarden worden mede verstaan de volgende, in betrekkelijk korte tijd ontstane, letsels:

- Acute vergiftiging, tenzij dit is veroorzaakt door het gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende, opwekkende middelen of genotmiddelen, anders dan op medisch voorschrift tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing heeft gehouden;
- Besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, mits deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of een andere stof, of het zich daarin begeven in verband met het redden van mens, dier of zaak;
- Infectie door het binnendringen van ziektekiemen en/of allergenen in een door een ongeval ontstane verwonding;
- Het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen of de ogen waardoor inwendig letsel ontstaat. Dit geldt niet in geval van het binnendringen van ziekteverwekkers;
- Verstuiking, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
- Complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of van geneeskundige behandeling;
- Wondinfectie, bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen ontstaan door een gedekt ongeval;
- Verstikking, verdrinking, onderkoeling, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte;
- Zonnebrand, uitputting, verhogering en verdorping als gevolg van onvoorziene omstandigheden.
- Koepokken, mond- en klauwzeer, sarcopteschurft, ringvuur (trichophytie), miltvuur, ziekte van Lyme en de ziekte van Bang;
- Ontwrichting, scheuring van spier- en/of bandweefsel;
- Onuitgelokte dieren- of insectenbeten;
- Ongevallen als gevolg van ziekte, gebrek of een abnormale lichamelijke of geestelijke gesteldheid zijn meeverzekerd, met uitzondering van zelfdoding of poging daartoe.

1.6 Terrorisme/preventieve maatregelen

Onder terrorisme wordt verstaan:

- gewelddadige handelingen en/of gedragingen begaan in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen, alsmede
- het (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren en/of schade aan zaken ontstaat, dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks, respectievelijk het verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze doelen te verwezenlijken. Onder preventieve maatregelen wordt hierbij verstaan: van overheidswege en/of door verzekerde(n) en/of derde(n) getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken.

1.7 Verzekerde

De op het polisblad met naam genoemde verzekerde perso(o)n(en). Onder het voorgaande worden verstaan de ambtsdragers, predikanten en het personeel, voor zover woonachtig in Europa.

1.8 Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die de verzekering is aangegaan. Alsmede de aan verzekeringnemer gelieerde diaconieën die actief zijn namens de verzekeringnemer.

1.9 Verzekeringsadviseur

De bemiddelaar wiens werkzaamheden gericht zijn op het tot stand brengen van verzekeringsovereenkomsten tussen zijn relatie enerzijds en een verzekeraar anderzijds alsmede alle verdere diensten die hij in verband met het tot stand gekomen van verzekeringen vervolgens moet verrichten.

1.10 Verzekeringsjaar

Een periode van twaalf maanden vanaf de hoofdpremievaliddatum en elke aansluitende periode van gelijke duur. Als de periode vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot de hoofdpremievaliddatum of vanaf de hoofdpremievaliddatum tot de beëindigingsdatum korter is dan twaalf maanden, wordt een dergelijke periode ook als een verzekeringsjaar beschouwd. Bij een geldigheidsduur korter dan twaalf maanden is het verzekeringsjaar gelijk aan de geldigheidsduur.

2. Uitsluitingen en beperkingen

De maatschappij verleent geen uitkering of vergoeding voor ongevallen veroorzaakt:

- Door opzet of met goedvinden van verzekerde of iemand die bij een uitkering en/of vergoeding belang heeft;
- Het plegen van zelfmoord of een poging daartoe;

- Tijdens het plegen van, deelnemen aan of voorbereiden van een misdrijf of een poging daartoe;
- Tijdens deelname aan het verkeer met een motorrijtuig of –vaartuig indien het wettelijk vastgestelde alcoholpromillage is overschreden;
- Na het gebruik van geneesmiddelen en/of bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij aangetoond wordt dat de middelen op voorschrift van een arts gebruikt werden en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;
- Door het deelnemen aan en voorbereiden voor wedstrijden met motorrijtuigen en motorvaartuigen;
- Aan het eind van het verzekeringsjaar, waarin een op het polisblad met naam genoemde verzekerde persoon 75 jaar wordt, zal de dekking terugvallen tot uitsluitend en alleen dekking voor overlijden als gevolg van een ongeval en blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval, met de verzekerde bedragen van € 12.500,00 in geval van overlijden en € 25.000,00 in geval van blijvende invaliditeit. Voor vrijwilligers geldt deze beperking niet.

2.1 Atoomkernreacties

Van de verzekering is uitgesloten schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet voor gebeurtenissen veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich in overeenstemming met hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige te dezer zake bevoegde overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder kerninstallatie wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), evenals een kerninstallatie aan boord van een schip.

3. Omschrijving van de dekking

3.1 Verzekerd risico

In het geval van een gedekt ongeval verleent de verzekeraar een uitkering overeenkomstig de op het polisblad vermelde dekking.

3.2 Begrenzing in tijd

Alleen ongevallen die zich voordoen tijdens de op het polisblad vermelde dekkingsperiode komen voor een uitkering in aanmerking.

3.3 Maximale uitkeringen

3.3.1

Maximale uitkering per persoon ter zake van één of meer ongevallen, tijdens de duur van deze verzekering aan een verzekerde overkomen, zal de som van alle uitkeringen het op het polisblad voor blijvende invaliditeit vermelde verzekerde bedrag niet te boven gaan.

3.3.2

Maximale uitkering per gebeurtenis: Indien bij dezelfde gebeurtenis meer verzekerden door een ongeval zijn getroffen, geldt voor alle getroffen en tezamen het daarvoor op het polisblad vermelde bedrag als maximum. Indien in geval van schade de per persoon verzekerde bedragen het genoemde maximum te boven zouden gaan, worden de per persoon verzekerde bedragen naar evenredigheid verminderd.

3.4 Begunstiging

De begunstigten in de zin van de polis zijn:

3.4.1

Voor een uitkering krachtens de dekking voor overlijden:

- 3.4.1.1 de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde, de geregistreerde partner of degene met wie de verzekerde duurzaam samenleeft;
- 3.4.1.2 bij ontbreken van de in 3.4.1.1 bedoelde begunstigde de wettelijke erfgenamen van de verzekerde met uitzondering van de Staat der Nederlanden;

3.4.2

Voor een uitkering krachtens blijvende invaliditeit de verzekerde zelf.

4. Verzekeringsgebied

De verzekering is geldig in de gehele wereld.

5. Dekking overlijden

In geval van overlijden binnen drie jaar na een ongeval als gevolg van lichamelijk letsel bij dat ongeval ontstaan, keert de verzekeraar het volgens het polisblad voor deze dekking verzekerd bedrag uit. Op deze uitkering wordt in mindering gebracht de bedragen die ter zake van hetzelfde ongeval zijn uitgekeerd wegens blijvende invaliditeit. Indien de uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is dan het voor overlijden verzekerde bedrag vindt geen terugvordering plaats.

6. Dekking blijvende invaliditeit

6.1 Grondslag uitkering

In geval van blijvende invaliditeit keert de verzekeraar maximaal het voor de verzekerde van toepassing zijnde verzekerd bedrag uit overeenkomstig de op het polisblad vermelde grondslag van de uitkering. Indien blijvende functionele invaliditeit is vermeld wordt de uitkering gebaseerd op de bepalingen in 6.3. Bij vermelding van blijvende arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering vastgesteld overeenkomstig de bepalingen in 6.11.

6.2 Keuze van uitkering

Indien blijvende functionele invaliditeit of arbeidsongeschiktheid als grondslag uitkering op het polisblad is vermeld heeft verzekerde het recht bij een hem overkomen ongeval te bepalen op welke grondslag de uitkering gebaseerd moet zijn.

6.3 Functionele invaliditeit

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks gevolg van een ongeval, wordt een uitkering verstrekt die overeenkomt met de mate van invaliditeit. De mate van blijvende invaliditeit wordt uitsluitend vastgesteld door middel van medisch onderzoek dat in Nederland is uitgevoerd. Voor de bepaling van de mate waarin de verzekerde blijvend invalide is, wordt de Gliedertaxe gehanteerd. Als de mate van blijvende invaliditeit niet is vast te stellen conform de Gliedertaxe dan worden maatstaven die vastgelegd zijn in de laatste uitgave van de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment gehanteerd. Dit is een uitgave van de American Medical Association (A.M.A.). De richtlijnen die daarin staan, worden aangevuld met richtlijnen van de Nederlandse specialistenverenigingen.

Gliedertaxe	Aantal procenten (%)
Visueel systeem	100
Gehoorvermogen van beide oren	100
Verlies van spraakvermogen	100
Gehoorvermogen van een oor	30
Oorschelp	5
Neus	10
Reuk	10
Smaak	10
Arm tot in het schoudergewricht	100
Hand tot in het polsgewricht	75
Duim	30
Wijsvinger	20
Elke andere vinger	15

Long	30
Milt	10
Nier	20
Volledig verlies van functie alveesklieer	70
Been tot in heupgewricht	100
Voet tot in enkelgewricht	75
Grote teen	10
Andere teen	5
Cervicaal acceleratie- of deceleratietrauma met of zonder objectief geneeskundig vast te stellen:	
Neurologische en/of orthopedische afwijkingen (post-whiplash-syndroom)	15
Postcommotioneel syndroom	10
Blijvende algehele onbruikbaarheid van de wervelkolom met volledig verlies van de typische wervelkolomactie en bewegingsfuncties zonder neurologische verschijnselen:	
Verlies van verstandelijke vermogens	100
Verlies hersenfuncties door traumatische beschadiging hersenen	100

6.4 Gedeeltelijk (functie)verlies

Wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk onbruikbaarheid van één of meer van de in de hierboven vermelde Gliedertaxe genoemde lichaamsdelen of organen, wordt het uitkeringspercentage naar evenredigheid met de hiervoor vermelde percentages vastgesteld.

6.5 Meerdere lichaamsdelen

Bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van meerdere lichaamsdelen of organen worden de percentages opgeteld tot een maximum van 100%.

6.6 Beroep verzekerde

Bij het vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit wordt géén rekening gehouden met het beroep van een verzekerde.

6.7 Bestaande functionele invaliditeit

Indien een reeds bestaande vorm van functionele invaliditeit door een ongeval wordt verergerd, zal de vastgestelde mate van functionele invaliditeit na het ongeval worden verminderd met de reeds voor het ongeval bestaande mate van functionele invaliditeit.

6.8 Psychische reactie op een ongeval

Bij het vaststellen van de mate van de functionele invaliditeit wordt geen rekening gehouden met psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel.

6.9 Eerder overlijden ten gevolge van een ongeval

Mocht verzekerde voor het vaststellen van de functionele invaliditeit als gevolg van het ongeval zijn overleden, dan is geen uitkering verschuldigd voor functionele invaliditeit.

6.10 Land van keuring

Het vaststellen van de mate van functionele invaliditeit vindt in Nederland plaats, ook al is een verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of al in het buitenland verbleef ten tijde van het ongeval. Een verzekerde dient in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet een verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

6.11 Arbeidsongeschiktheid

6.11.1 Vaststelling van blijvende arbeidsongeschiktheid

- 6.11.1.1 De aanwezigheid en de mate van blijvende arbeidsongeschiktheid bij een verzekerde wordt door verzekeraar vastgesteld in overleg met en eventueel na onderzoek door één of meerdere door hen aan te wijzen deskundige(n).
- 6.11.1.2 Bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt de door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid buiten beschouwing gelaten.
- 6.11.1.3 Wel wordt voor de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid een vergelijking gemaakt tussen wat de verzekerde met zijn arbeid normaliter aan inkomsten kon verwerven en wat hij als gevolg van zijn arbeidsongeschiktheid nog aan inkomsten zou kunnen verwerven.

6.11.2 Berekening van de uitkering

De uitkering bedraagt bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van:

15 tot 25%:	12,5% van het verzekerd bedrag
25 tot 35%:	25 % van het verzekerd bedrag
35 tot 45%:	37,5% van het verzekerd bedrag
45 tot 55%:	50 % van het verzekerd bedrag
55 tot 65%:	62,5% van het verzekerd bedrag
65 tot 80%:	80 % van het verzekerd bedrag
80% of meer:	100 % van het verzekerd bedrag

6.11.3 Bestaande arbeidsongeschiktheid

Indien een voor een ongeval al bestaande arbeidsongeschiktheid, waarvoor al een uitkering op grond van deze verzekering is toegekend, door dit ongeval wordt vergroot, dan wordt voor het vaststellen van de aanspraak op grond van deze verzekering uitgegaan van de mate waarin de bestaande arbeidsongeschiktheid is toegenomen. Een verhoging van het verzekerde bedrag na het eerdere ongeval wordt in dit verband gezien als een nieuwe verzekering.

6.11.4 Revalidatie en herscholing

Als er op grond van een andere verzekering, voorziening of regeling geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling en voorzieningen ter voorkoming en ter vermindering van arbeidsongeschiktheid door middel van revalidatie en/of herscholing, waaronder begrepen de kosten van aanschaf van prothesen en andere hulpmiddelen, kan de verzekeraar een door hem vast te stellen bijdrage in deze kosten leveren.

6.12 Beslissing en uitkering

6.12.1 Beslissing

Als een verzekerde aanspraak op een uitkering wegens blijvende invaliditeit maakt, zal de verzekeraar voor het vaststellen van het recht op uitkering een beslissing nemen nadat met betrekking tot de aanwezigheid en/of de mate van blijvende invaliditeit een praktisch blijvende toestand is ingetreden, echter uiterlijk twee jaar na de datum van het ongeval.

6.12.2 Uitstel beslissing

Als de verzekeraar van oordeel is, dat nog geen zekerheid bestaat over de aanwezigheid en/of mate van blijvende invaliditeit of arbeidsongeschiktheid, dan kan de verzekeraar de beslissing tot een later tijdstip uitstellen, echter uiterlijk tot de dag waarop drie jaar na het ongeval zijn verstreken.

6.12.3 Wettelijke rente

Indien binnen één jaar na de ongevalsdatum nog geen blijvende invaliditeit of arbeidsongeschiktheid is vastgesteld, vergoedt de verzekeraar de wettelijke rente over de uitkering verminderd met eventuele voorschotuitkeringen. Deze wordt berekend vanaf de 366e dag na de ongevalsdatum.

6.12.4 Eerder overlijden

Is een verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit overleden anders dan door het ongeval, blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt dan bepaald door de op grond van de beschikbare gegevens verwachte definitieve mate van blijvende invaliditeit als de verzekerde niet zou zijn overleden.

6.12.5 Wijziging van blijvende invaliditeit

Als de verzekeraar blijvende invaliditeit of blijvende arbeidsongeschiktheid heeft vastgesteld en daarvoor een gedeelte van het verzekerde bedrag heeft uitgekeerd, heeft de verzekerde bij later optredende wijziging van de mate van blijvende invaliditeit geen aanspraak meer op uitkering van het verzekerde bedrag.

7. Aanvullende dekkingen

7.1 Plastische chirurgie

In geval de verzekerde door een gedekt ongeval blijvende misvorming of ontsiering aan het lichaam overhoudt en medische noodzaak voor verbetering of herstel van dit letsel ontbreekt, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten van plastische chirurgie voor verbetering of herstel van dit letsel. De maatschappij vergoedt tot maximaal 10% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag met een maximum van € 10.000,00 per gebeurtenis. In geval verzekerde door hetzelfde ongeval en na plastische chirurgie blijvende littekens aan het gezicht heeft, verleent de maatschappij een eenmalige additionele uitkering van maximaal 5% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag met een maximum van € 2.500,00 per gebeurtenis. De vergoeding wordt uitsluitend verleend voor zover de behandeling plaatsvindt binnen twee jaar na de datum van het ongeval en de maatschappij hier vooraf toestemming voor heeft gegeven.

7.2 Medische- paramedische- en tandheelkundige kosten

In geval een verzekerde door een gedekt ongeval medische of tandheelkundige kosten heeft gemaakt, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten met een maximum van € 30.000,00 per gebeurtenis. De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de maatschappij voor deze kosten vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven en de behandelend arts van de verzekerde met deze kosten heeft ingestemd. De maatschappij vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten waarvoor derden krachtens enige wet of overeenkomst niet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekerde is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken. Het verplichte eigen risico van de primaire ziektekostenverzekering wordt niet vergoed.

7.3 Persoonlijke eigendommen

In geval er door een ongeval of tijdens het verblijf in een ziekenhuis ten gevolge van een ongeval waarbij ziekenhuisopname langer dan 24 uur noodzakelijk is, schade is ontstaan aan persoonlijke bezittingen dan vergoedt de maatschappij de reparatiekosten tot maximaal € 7.500,00 per gebeurtenis, tenzij de reparatiekosten hoger zijn dan het verschil van de dagwaarde direct voor en de waarde na de schade. In dat geval wordt het verschil vergoed. Geen vergoeding wordt verleend voor schaden aan, met of door motorrijtuigen of vaartuigen. Verzekeringnemer is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

7.4 Daggelduitkering bij opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

In geval de verzekerde door een gedekt ongeval langer dan 24 uur in een ziekenhuis of revalidatiecentrum wordt opgenomen, betaalt de maatschappij € 100,00 per opnamedag met een maximum van 365 dagen. Indien ditzelfde ongeval en opname resulteert in de voortdurende bewusteloze staat van verzekerde, vergoedt de maatschappij aanvullend € 1.000,00 voor elke volle week dat verzekerde continu bewusteloos is, met een maximum van 52 weken.

7.5 Omscholingskosten

In geval de maatschappij een uitkering verleent in verband met het verlies van een ledemaat of het verlies van het visueel systeem van een verzekerde, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten voor het omscholen van verzekerde tot aangepaste arbeid aan verzekeringnemer tot een maximum van € 10.000,00 per gebeurtenis.

7.6 Stressreductie

In geval de maatschappij een uitkering verleent voor het verlies van een ledemaat, het verlies van het visueel systeem als gevolg van een werk gerelateerd ongeval, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten voor stressreductietrainingen tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis.

De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de stressreductietrainingen binnen zes maanden na de datum van het ongeval is begonnen en indien de behandelende arts van de verzekerde met deze behandelingen heeft ingestemd.

7.7 Reiskosten

In geval van verlies van het gezichtsvermogen of een ledemaat als gevolg van een ongeval van een verzekerde vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte reiskosten, zoals vervoer middels taxi of chauffeur, voor het rechtstreeks reizen van en naar de werklocatie of, van of naar het ziekenhuis of andere medische instelling waar verzekerde de noodzakelijke behandelingen dient te ondergaan voor het blijvend letsel als gevolg van het eerder genoemde ongeval. Ook gedekt zijn de in redelijkheid gemaakte reiskosten voor het rechtstreeks reizen van of naar het ziekenhuis door de partner en/of kinderen van verzekerde.

De vergoeding wordt voor een maximale duur van 52 weken verleend. De maatschappij vergoedt maximaal aan:

- De verzekerde: € 50,00 per week met een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis;
- De partner en/of kind van de verzekerde: € 50,00 per week met een maximum van € 1.000,00 per gebeurtenis.

7.8 Gezinsongeval

In geval van een gedekt ongeval met als gevolg overlijden of blijvende invaliditeit van verzekerde waarbij de partner en/of een kind in hetzelfde ongeval betrokken zijn en blijvend letsel oplopen, vergoedt de maatschappij elke getroffen partner en/of kind maximaal € 25.000,00 voor blijvende invaliditeit. Eventuele uitkeringen zullen conform Artikel 6 van deze voorwaarden worden behandeld.

7.9 Begrafenis- en crematiekosten

In geval van een uitkering als gevolg van overlijden van een verzekerde ten gevolge van een ongeval, vergoedt de maatschappij de kosten voor een standaard begrafenis of crematie tot een maximum van € 10.000,00 per persoon. De maatschappij vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten waarvoor derden krachtens enige wet of overeenkomst niet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekerde is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

7.10 Executeur en Notaris

In geval van een uitkering als gevolg van overlijden van een verzekerde ten gevolge van een ongeval, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten voor het gebruik maken van de diensten van een executeur of notaris tot een maximum van € 1.500,00 per gebeurtenis. Verzekeringnemer is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

7.11 Vermissing

In geval van vermissing van een verzekerde zal, na een periode van 12 maanden en een reële aanname van overlijden als gevolg van een gedekt ongeval door de daartoe bevoegde officiële autoriteiten, de maatschappij het verzekerde bedrag voor overlijden als vermeld in de polis uitkeren aan de begunstigde. Aan de uitkering zal een overeenkomst ten grondslag liggen waarin vastgelegd is dat wanneer blijkt dat verzekerde niet is overleden of overleden is als gevolg van een oorzaak die niet gedekt is onder deze polis, de begunstigde het volledige bedrag zal terugbetalen aan de maatschappij.

7.12 Aanpassing werkplek, woning en personenauto

In geval van blijvende invaliditeit van meer dan 25% als gevolg van een ongeval vergoedt de maatschappij de aanpassingen die noodzakelijk zijn aan de werkplek, in de woning en aan de personenauto van verzekerde zodat hij zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren.

De maatschappij vergoedt tot maximaal 80% van de in redelijkheid gemaakte kosten voor dergelijke aanpassingen, met een maximum van € 10.000,00 per ongevalsgebeurtenis. De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de maatschappij voor de aanpassingen vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven en de behandelend arts van de verzekerde met de aanpassingen heeft ingestemd. De maatschappij vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten waarvoor derden krachtens enige wet of

overeenkomst niet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekerde is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

7.13 Psychologische bijstand

In geval bij een verzekerde als gevolg van een ongeval blijvende invaliditeit is vastgesteld vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten verbonden aan psychologische bijstand, rechtstreeks verband houdende met dit ongeval, van de verzekerde. Vergoed worden de in redelijkheid gemaakte kosten verbonden aan psychologische bijstand van de verzekerde tot een maximum van € 1.500,00 per gebeurtenis in geval van een invaliditeitspercentage van minder dan 50%. In geval van een invaliditeitspercentage van meer dan 50% tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis.

De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de psychologische bijstand binnen zes maanden na de datum van het ongeval is begonnen en indien de behandelende arts van de verzekerde met deze behandelingen heeft ingestemd. De maatschappij vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten waarvoor derden krachtens enige wet of overeenkomst niet voor vergoeding in aanmerking komen.

De verzekerde is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

7.14 Redding

In geval een derde lichamelijk letsel oploopt ten gevolge van het redden (of een poging daartoe) van een verzekerde, welk letsel van deze derde persoon resulteert in overlijden of blijvende invaliditeit binnen 2 jaar na de gebeurtenis, vergoedt de maatschappij deze derde, maximaal € 25.000,00 per gebeurtenis. Eventuele uitkeringen (geen andere uitkering anders dan overlijden of blijvende invaliditeit, zonder toepassing van de overige uitkeringen onder artikel 7) zullen conform Artikel 6 van deze voorwaarden worden behandeld.

7.15 Verlamming

In geval van verlamming vanaf middel naar beneden (paraplegie) of in geval van verlamming vanaf de nek naar beneden (quadriplegie) als gevolg van een gedekt ongeval, verleent de maatschappij een eenmalige additionele uitkering voor blijvende invaliditeit van verzekerde van € 25.000,00 respectievelijk € 50.000,00 per gebeurtenis.

7.16 Gezinshulp

In geval er sprake is van meer dan 50% blijvende invaliditeit als gevolg van een gedekt ongeval, vergoedt de maatschappij, indien noodzakelijk, een door de overheid erkende gezinshulp in het huishouden van verzekerde tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de maatschappij hier vooraf schriftelijk toestemming voor heeft gegeven, indien de gezinshulp de instemming van de behandelende arts van verzekerde heeft en voor zover deze kosten niet krachtens een wettelijke regeling vergoed worden.

8. Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

8.1 Bestaande toestand

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaam- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor het vaststellen van de uitkering uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

8.2 Eerder ongeval

De beperking in 8.1 is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaam- of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een eerder ongeval, waarvoor reeds krachtens deze verzekering een uitkering is verstrekt of nog moet worden verstrekt.

8.3 Verergering

Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor geen dekking verleend.

8.4 Evenredigheid

Indien reeds vóór het ongeval arbeidsongeschiktheid of een (functie-) verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor arbeidsongeschiktheid resp. functionele invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

9. Risicowijziging

Indien gedurende de looptijd van de verzekering het beroep en/of de beroepswerkzaamheden van alle verzekerden of relevante groepen daarvan aanmerkelijk zijn gewijzigd, of indien één of meer omstandigheden ten opzichte van de bij het tot stand komen van de verzekering verstrekte risicogegevens aanmerkelijk zijn gewijzigd, is de verzekeringnemer verplicht daarvan uiterlijk dertig dagen nadat één der hier bedoelde wijzigingen zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan ons of de verzekeringsadviseur kennis te geven. Pas na schriftelijke bevestiging van de verzekeraar zijn deze wijzigingen meeverzekerd op de daarbij door de verzekeraar aangegeven voorwaarden.

10. Verplichtingen na een ongeval

10.1 Verplichtingen van de verzekeringnemer

10.1.1

De verzekeringnemer is verplicht de verzekeraar of de verzekeringsadviseur zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen twee maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op een uitkering

wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan. Wordt de kennisgeving later gedaan, dan kan er toch recht op uitkering zijn, als de verzekeringnemer of de betreffende verzekerde aantoont dat:

- 10.1.1.1 de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van een ongeval;
- 10.1.1.2 de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaam- of geestesgesteldheid zijn vergroot;
- 10.1.1.3 in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts zijn opgevolgd.

10.1.2

In geval van overlijden van een verzekerde ten gevolge van een ongeval is de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar hiervan ten minste 48 uur vóór de begrafenis of crematie in kennis te stellen.

10.2 Verplichtingen van verzekerde

De betrokken verzekerde is verplicht om:

10.2.1

zo spoedig mogelijk maar in ieder geval uiterlijk binnen een termijn van 72 uur na het ongeval geneeskundige hulp in te roepen en alles te doen wat voor de genezing bevorderlijk kan zijn;

10.2.2

alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de verzekeraar of aan de door de verzekeraar aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en/of functionele invaliditeit van belang kunnen zijn;

10.2.3

zich desgevraagd op kosten van de verzekeraar te laten onderzoeken door een door hem aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;

10.2.4

desgevraagd zijn behandelende geneeskundige en de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringswetten te machtigen aan een door de verzekeraar aangewezen deskundige over het ongeval of de ongevalsgevolgen alle inlichtingen te verstrekken; waar dit medische gegevens betreft zal de verzekeraar een geneeskundige aanwijzen;

10.2.5

inzage te verstrekken in alle bescheiden en alle inlichtingen te geven, die voor de beoordeling van het recht op en de omvang van de uitkering voor de verzekeraar van belang kunnen zijn;

10.2.6

de verzekeraar direct van zijn geheel of gedeeltelijk herstel in kennis te stellen, als dat van invloed is op een uitkering volgens deze verzekering.

10.3 Verplichting van begunstigde

In geval van overlijden van een verzekerde ten gevolge van een ongeval is de begunstigde verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

11. Inhoudingen

De uitkering wordt verminderd met het bedrag dat de verzekeraar als gevolg van wettelijke voorschriften moet inhouden.

12. Na verrekening

12.1 Voorschotpremie

Jaarlijks wordt een voorlopige premie als voorschotpremie berekend aan de hand van de bij de verzekeraar bekende gegevens. Zodra de definitieve aantallen per 31 december van ieder jaar bekend zijn, zal de verzekeraar de definitieve premie over dat betreffende verzekeringsjaar in rekening brengen onder aftrek van de voorschotpremie.

12.2 Definitieve premie

Ter vaststelling van de definitieve premie is de verzekeringnemer verplicht jaarlijks het hiertoe toegezonden formulier binnen vijf maanden na afloop van het desbetreffende verzekeringsjaar ingevuld en ondertekend aan de verzekeraar of aan de verzekeringsadviseur terug te sturen, dan wel op andere wijze de definitieve gegevens te verstrekken. Als deze gegevens niet binnen de gestelde termijn door de verzekeraar of door de verzekeringsadviseur zijn ontvangen, wordt de definitieve premie door de verzekeraar vastgesteld.

12.3 Gevolgen voor premie

Als de definitieve premie hoger is dan de voorschotpremie is de verzekeringnemer verplicht premie bij te betalen. Is de definitieve premie lager dan de voorschotpremie is de verzekeraar verplicht de teveel betaalde premie terug te betalen.

13. Beëindiging van dekking voor verzekerde

In aanvulling op het bepaalde in artikel 18 eindigt de dekking voor een verzekerde ook per de datum dat:

13.1

De verzekerde niet meer op de loonlijst voorkomt.

13.2

Op basis van de dekking blijvende invaliditeit (rubriek B) de mate van invaliditeit voor de verzekerde op 100% is vastgesteld.

14. Schaderegeling en verplichtingen

14.1 De verzekeraar belast zich met het regelen en het vaststellen van de schade.

De verzekeraar heeft het recht benadeelden rechtstreeks schadeloos te stellen en met hen schikkingen te treffen.

14.2

De verzekeraar is niet verplicht tot schadevergoeding of uitkering voordat hij alle noodzakelijke gegevens over de schade heeft ontvangen.

14.3 Informatie aan de verzekeraar of de verzekeringsadviseur

Als zich een gebeurtenis heeft voorgedaan waaruit voor de verzekeraar verplichtingen kunnen voortvloeien is een verzekerde verplicht de verzekeraar of de verzekeringsadviseur daarvan zo spoedig mogelijk op de hoogte te stellen. Daarbij moet een verzekerde de verzekeraar of de verzekeringsadviseur in het bezit stellen van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaanvraagformulier. Verder dient een verzekerde de verzekeraar of de verzekeringsadviseur alle schriftelijke stukken en andere gegevens te verstrekken die op de gebeurtenis betrekking hebben.

14.4 Medewerking verlenen

Verzekerde moet aan het regelen van de schade door de verzekeraar zijn volledige medewerking verlenen en mag niets doen dat de belangen van de verzekeraar schaadt.

14.5 Aangifte bij politie

Van voorvallen waarbij verzekerde het slachtoffer is van een misdrijf, zoals inbraak, diefstal, vandalisme, doorrijden na een aanrijding, mishandeling dient verzekerde aangifte te doen bij de politie.

14.6 Bijzondere bepalingen elders

In de voorwaarden en de eventueel op het polisblad vermelde clausules kunnen ten aanzien van een specifieke dekking aanvullende verplichtingen zijn opgenomen die verzekeringnemer en een verzekerde na een gebeurtenis hebben.

14.7 Verlies of verval van dekking

14.7.1 Het niet nakomen van verplichtingen

Een verzekerde verliest het recht op schadevergoeding als een in de voorwaarden of in de clausules vermelde verplichting door hem niet is nagekomen en de verzekeraar daardoor is benadeeld. Als een verzekerde echter kan aantonen dat hem daarover geen enkel verwijt valt te maken verliest hij het recht op schadevergoeding niet.

14.7.2

Opzettelijk verstrekken van onjuiste gegevens: Een verzekerde verliest het recht op schadevergoeding indien hij opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt. Voorts heeft de verzekeraar dan het recht om:

- 14.7.2.1 de onderzoekskosten en de eventueel reeds uitgekeerde bedragen terug te vorderen;
- 14.7.2.2 de poging tot misleiding te registreren in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- 14.7.2.3 aangifte te doen bij de politie.

14.7.3

Melding na meer dan drie jaren: Het recht op schadevergoeding verjaart als een verzekerde een gebeurtenis niet binnen drie jaren na de dag waarop hij met de gebeurtenis bekend was bij de verzekeraar of bij de verzekeringsadviseur heeft gemeld.

14.7.4 Verjaringstermijn na gehele of gedeeltelijke afwijzing.

Als de verzekeraar naar aanleiding van een gebeurtenis de aanspraken van een verzekerde op schadevergoeding geheel of gedeeltelijk afwijst dan moet een verzekerde, indien hij zich niet met het standpunt kan verenigen, de verzekeraar dagvaarden binnen zes maanden na de dag waarop de verzekerde van het standpunt kennis heeft genomen.

Doet een verzekerde dat niet dan verjaart zijn recht om in verband met de gebeurtenis een (verdere) schadevergoeding te ontvangen.

De verzekeraar zal zich niet op deze verjaringstermijn beroepen als de verzekeraar een verzekerde in de mededeling over het standpunt niet heeft gewezen op de verjaringstermijn en de gevolgen daarvan.

15. Medische geschillen

15.1

Het beslechten van geschillen van medische aard en alle geschillen over de omvang van de uitkering geschiedt door arbitrage.

15.2

De arbitrage geschiedt door twee medisch deskundigen, waarvan één door de verzekeringnemer aan te wijzen en één door de verzekeraar.

Voordat zij met hun werkzaamheden beginnen moeten zij een derde medisch deskundige benoemen. Als de twee eerste deskundigen niet tot overeenstemming kunnen komen, stelt de derde deskundige de schade vast. Deze derde deskundige blijft daarbij binnen de grenzen van de beide eerdere uitkomsten. Zijn vaststelling is bindend, zowel voor de verzekeringnemer als voor de verzekeraar. De aan de arbitrage verbonden kosten komen voor rekening van de verzekeraar.

16. Premiebetaling

16.1 Verplichting tot premiebetaling

De premie waaronder tevens de kosten en eventuele assurantiebelaasting worden verstaan, dient vooruitbetaald te worden binnen dertig dagen nadat deze bedragen verschuldigd zijn.

16.2 Gevolgen van wanbetaling

16.2.1

Indien de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek is voldaan zal de dekking zonder dat een nadere ingebrekestelling door verzekeraar is vereist worden opgeschort en kunnen geen rechten aan de verzekering meer worden ontleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden. Onder aanvangspremie wordt verstaan de premie die de verzekeraar voor de eerste maal in rekening brengt na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst of na een tussentijdse wijziging.

16.2.2

Indien een vervolgpremie onbetaald blijft zal de dekking worden opgeschort en kunnen aan de verzekering geen rechten meer worden ontleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.

16.2.3

Indien de vervolgpremie niet tijdig wordt betaald zal de dekking worden opgeschort en kunnen geen rechten aan de verzekering meer worden ontleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat verzekeraar verzekerde na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en de betaling is uitgebleven. Onder vervolgpremie wordt verstaan iedere verschuldigde premie niet zijnde aanvangspremie alsmede de verschuldigde premie na stilzwijgende verlenging van de verzekering.

16.2.4

Indien de dekking is opgeschort blijft de premiebetalingsverplichting onverkort van kracht.

16.3 Wanbetaling bij termijnpremie

Indien termijnbetaling is overeengekomen en een termijnbedrag wordt niet binnen dertig dagen voldaan heeft verzekeraar de mogelijkheid de premie over het gehele verzekeringsjaar ineens op te eisen.

16.4 Incassokosten

Zowel buitengerechtigde als gerechtelijke kosten komen voor rekening van verzekerde indien deze kosten gemaakt dienen te worden om een vordering te kunnen incasseren.

16.5 Herstel van de dekking

Als een vordering wordt betaald nadat de dekking van de verzekering is opgeschort wordt de dekking weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop het totale gevorderde bedrag, inclusief incassokosten en wettelijke rente, is ontvangen.

16.6 Terugbetalen van premie

Bij opzegging tegen een andere dag dan de jaarlijkse hoofdpremievervaldatum wordt de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Indien de verzekering wordt beëindigd omdat een verzekerde verzekeraar opzettelijk heeft misleid of dat heeft getracht, wordt de premie niet terugbetaald.

17. Wijziging van premie en voorwaarden

De verzekeraar heeft het recht om de premie en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort als deze verzekering te herzien en deze verzekering tussentijds aan te passen aan de nieuwe premie en/of voorwaarden. De verzekeraar zal verzekeringnemer van tevoren schriftelijk in kennis stellen van de aanpassing. Tot 30 dagen na de datum waarop de aanpassing is gaan gelden, heeft verzekeringnemer het recht deze schriftelijk te weigeren, indien de aanpassing leidt tot hogere premie of voorwaarden die voor hem nadeliger zijn. Indien verzekeringnemer van dit recht gebruik maakt eindigt de verzekering op de datum waarop de aanpassing is gaan gelden.

18. Duur en einde van de verzekering

18.1 Contractduur en verlenging

De ingangsdatum en de contractduur van de verzekering staan vermeld op het polisblad. Aan het einde van de contractduur wordt de verzekering telkens stilzwijgend voor eenzelfde periode verlengd.

18.2 Opzegging door verzekeringnemer

De verzekering kan worden opgezegd tegen het einde van het verzekeringsjaar. De opzegging is uitsluitend geldig na een schriftelijke mededeling en met inachtneming van een opzegtermijn van minimaal één maand. In de volgende gevallen kan de verzekering schriftelijk worden opgezegd:

18.2.1

binnen één maand nadat een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsverplichting kan leiden door een verzekerde is gemeld of nadat een uitkering krachtens die verzekering is gedaan dan wel afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzegbrief genoemde datum echter niet eerder dan twee maanden na dagtekening van de opzegbrief;

18.2.2

binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover verzekerde een beroep op het niet nakomen van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum zoals vermeld in de opzegbrief of bij gebreke daarvan per dagtekening van de opzegbrief.

18.3 Opzegging door verzekeraar

Verzekeraar heeft de mogelijkheid de verzekering op te zeggen tegen het einde van het verzekeringsjaar. De opzegging is uitsluitend geldig indien deze schriftelijk plaatsvindt en indien een opzegtermijn van minimaal twee maanden in acht is genomen. In de volgende gevallen kan een verzekering schriftelijk worden opgezegd:

18.3.1

binnen één maand nadat verzekeraar heeft kennisgenomen van een gebeurtenis die voor verzekeraar tot verplichtingen uit de verzekering kan leiden of nadat een uitkering krachtens die verzekering is gedaan dan wel afgewezen. De verzekering eindigt op de in de opzegbrief genoemde datum, zij het niet eerder dan twee maanden na dagtekening van de opzegbrief, behoudens in het geval dat de opzegging verband houdt met de opzet van een verzekerde verzekeraar te misleiden;

18.3.2

indien verzekerde de aanvangspremie zoals verschuldigd op de eerste premievervaldag niet tijdig heeft betaald of wordt geweigerd te betalen alsmede indien verzekerde de vervolgpremie niet betaalt of weigert te betalen, in het laatste geval echter uitsluitend indien verzekeraar verzekerde na het verstrijken van de premievervaldag zonder resultaat tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand.

De verzekering eindigt op de in de opzegbrief genoemde datum, zij het in geval van niet tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na dagtekening van de opzegbrief;

18.3.3

binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekerde niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering en daarbij heeft gehandeld om verzekeraar opzettelijk te misleiden dan wel verzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zouden hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzegbrief genoemde datum;

18.3.4

als een verzekerde in verband met een bij verzekeraar gemelde gebeurtenis verzekeraar opzettelijk heeft misleid of geprobeerd heeft te misleiden. De verzekering eindigt op de in de opzegbrief genoemde datum;

18.3.5

indien door de verzekeraar voorgeschreven maatregelen of voorzieningen ter beperking van het risico niet binnen de vastgestelde termijn zijn getroffen, met een opzegtermijn van minimaal 14 dagen.

18.4 Beëindiging zonder opzegging

Zonder dat een opzegging nodig is eindigt de verzekering zodra:

18.4.1

de verzekeringnemer de woon- of vestigingsplaats niet langer in Nederland heeft.

18.4.2

er geen verzekerd belang meer aanwezig is.

18.5 Moment van beëindiging

Als de verzekering met ingang van een bepaalde dag eindigt, vindt de beëindiging plaats om 0.00 uur van die dag.

19. Adres

Door de verzekeraar wordt rechtsgeldig een kennisgeving gedaan indien deze wordt verstuurd aan het laatst door de verzekeringnemer bekend gemaakt adres.

20. Persoonsgegevens

20.1 Gebruik persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst wordt om persoonsgegevens gevraagd. Deze worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om informatie te geven over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële

sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van de persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing.

20.2 Recht van verzet

Een verzekerde die geen prijs stelt op informatie over producten en/of diensten, of zijn toestemming voor het gebruik van zijn e-mailadres wil intrekken kan dit schriftelijk meedelen aan de verzekeraar.

20.3 CIS

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de verzekeraar de gegevens van de verzekeringnemer raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) en worden de bij een schadebehandeling verstrekte gegevens door de verzekeraar verwerkt in de databank van de Stichting CIS. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie is te vinden op www.stichtingcis.nl.

21. Toepasselijk recht en geschillen

21.1 Toepasselijk recht

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing.

21.2 Klachten

Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kan een verzekerde zich schriftelijk wenden tot de directie van Victor Insurance Europe B.V. gevestigd te Rotterdam.

21.3 Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Als die er naar de mening van de verzekerde niet in slaagt om het probleem tot tevredenheid op te lossen kan de verzekerde, indien deze een natuurlijk persoon is die niet handelt in de uitoefening van een bedrijf of beroep, zich wenden tot: Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD) Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, Telefoon: 0900-fklacht ofwel 0900-3552248, E-mail: info@kifid.nl.

21.4 Bevoegde rechter

Wanneer een verzekerde geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of een verzekerde vindt de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend, kan de verzekerde het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.