

**Algemene Voorwaarden
VBM Collectieve Ongevallenverzekering
voor Militairen**

De door verzekeringnemer en verzekerde aan verzekeraar verstrekte inlichtingen, in welke vorm dan ook, zijn de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee een geheel te vormen.

Inhoudsopgave	<p>1 Begripsomschrijvingen</p> <p>2 Dekking</p> <p>2.1 Geldigheid</p> <p>2.2 Omschrijving van de dekking</p> <p>2.3 Aanvullende dekking</p> <p>2.4 Einde van de dekking</p> <p>3 Uitsluitingen</p> <p>4 Schade</p> <p>4.1 Melding</p> <p>4.2 Verplichtingen na een ongeval</p> <p>4.3 Vaststellen van de hoogte van de uitkering</p> <p>4.4 Betaling van de uitkering</p> <p>4.5 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling</p> <p>4.6 Verjaringstermijn</p> <p>4.7 Cumulatie</p>	<p>5 Premie</p> <p>5.1 Premiebetaling</p> <p>5.2 Premieverrekening</p> <p>5.3 Premievaststelling</p> <p>5.4 Premierestitutie</p> <p>6 Wijzigingen</p> <p>6.1 Wijziging van premie en/of voorwaarden</p> <p>6.2 Wijziging van het risico</p> <p>6.3 Verzwaring van het risico</p> <p>7 Duur en einde van de verzekering</p> <p>7.1 Duur van de verzekering</p> <p>7.2 Einde van de verzekering</p> <p>8 Slotbepalingen</p> <p>8.1 Samenloop voorwaarden</p> <p>8.2 Klachtenprocedure</p> <p>8.3 Persoonsregistratie</p>
----------------------	---	--

1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1 Verzekeringnemer

Diegene die de verzekering met verzekeraar is aangegaan en de premie en kosten is verschuldigd.

1.2 Verzekerde

Degene op wiens leven en of gezondheid de verzekering wordt gesloten.

1.3 Verzekeraar

ACE European Group Limited, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8-10, 3068 AV Rotterdam, ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 24353249. In Nederland houder van een Europees paspoort en onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

ACE European Group Limited heeft een vergunning van de Prudential Regulation Authority (PRA) in het Verenigd Koninkrijk onder nummer 202803. Statutaire zetel: 100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, company number 1112892.

1.4 Begunstigde

Degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.

1.5 Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk verlies van functie van enig deel of orgaan van het lichaam van verzekerde volgens objectieve maatstaven.

1.6 Geheime missie

Een speciale opdracht of operatie die door de Staat der Nederlanden is uitgevaardigd die niet openbaar wordt gemaakt en als doel heeft de algehele veiligheid van de Staat der Nederlanden en haar burgers waar ook ter wereld te dienen.

1.7 Atoomkernreactie

Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt als kernfusie, kernsplijting, kunstmatige, en natuurlijke radioactiviteit.

1.8 Molest

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Deze 6 vormen van molest, evenals de definitie daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 is gedeponereerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage.

1.9 Ongeval

Een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van verzekerde, uitwendig onmiddellijk op hem inwerkend fysiek

geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van zijn dood of zijn lichamelijke invaliditeit, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig is vast te stellen. Onder een ongeval wordt tevens verstaan:

- het plotseling acuut en ongewild binnenkrijgen van voor de gezondheid schadelijke gassen, dampen of stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen), tenzij deze gewoonlijk als afval en/of lozingsproducten deel uitmaken van de buitenlucht ter plaatse van het ongeval;
- inwendig letsel aan de ogen, als dit plotseling en ongewild van buitenaf wordt toegebracht door voorwerpen of stoffen;
- besmetting of vergiftiging door ziektekiemen, als gevolg van een onvrijwillige val in water of in een andere (vloeibare) stof;
- het ontstaan van complicaties en verergeringen als gevolg van een behandeling, verricht door of op voorschrift van een bevoegd geneeskundige en wel voor zover deze behandeling noodzakelijk was geworden door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
- het ontstaan van wondinfectie en de daaruit voortvloeiende gevolgen en bloedvergiftiging door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
- bevriezing, zonnesteek, verdrinking of verstikking;
- letsel, dood of aantasting van de gezondheid, opzettelijk en tegen de wil van verzekerde door een ander veroorzaakt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 3.1;
- verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand, ontstaan als gevolg van overstroming, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
- verrekking en scheuring van spieren en weefsels, ontwrichting of verstuiking;
- miltvuur, koepokken, mond- en klauwzeer, trichophytie (ringvuur), ziekte van Bang en sarcopteschorf.

1.10 Post Traumatische Stress Stoornis

Angststoornissen als gevolg van een verlate of verlengde reactie op een stress veroorzakende gebeurtenis of situatie (van korte of lange duur) van een buitengewoon bedreigende of catastrofale aard, die bij vrijwel iedereen grote angst kan opwekken. De betrokkene herbeleefd de traumatische gebeurtenis of situatie en vermijdt zaken die met het trauma samenhangen.

1.11 Terreurdaden

Alle daden van kwade opzet, sabotage, aanslagen (het leggen van bommen, autobommen, of deponeren van toestellen of voorwerpen met

explosieve of brandveroorzakende substanties) of om het even welk ander middel van dien aard dat het opzettelijk een gevaar voor de veiligheid van de personen vormt, evenals elke handeling die door één of meer personen zou begaan worden, handelend of niet als agenten van een soevereine macht, die voor politieke of terroristische doeleinden worden gepleegd;

2 DEKKING

2.1 Geldigheid

De verzekering is van kracht in de gehele wereld, gedurende 24 uur per dag ook tijdens een geheime missie.

2.2 Omschrijving van de dekking

De verzekering komt tot uitkering als verzekerde door een ongeval:

- overlijdt binnen 3 jaar na het ongeval;
- geheel of gedeeltelijk blijvend invalide wordt binnen 3 jaar na het ongeval.

Activiteiten van verzekerde in het kader van crisisbeheersingsoperaties van internationale organisaties waarvan Nederland deel uitmaakt, zijn meeverzekerd.

2.3 Aanvullende dekking

2.3.1 Plastische chirurgie

Indien in verband met misvorming, mismaking of ontsiering als gevolg van een ongeval een behandeling door een plastisch chirurg naar diens oordeel een redelijke kans op verbetering of herstel daarvan biedt, vergoedt verzekeraar de kosten verband houdende met:

- de operatie;
- de poliklinische behandeling;
- de voorgeschreven medicamenten;
- verbanden en andere geneesmiddelen;
- verpleging in het ziekenhuis,

mits deze behandeling plaatsvindt binnen 2 jaar na het ongeval. De vergoeding bedraagt maximaal 10 % van het onder rubriek B verzekerde bedrag.

Indien de bovenvermelde kosten geheel of gedeeltelijk door een andere verzekering zijn gedekt, dan wel indien een aansprakelijke derde tot vergoeding van die kosten verplicht is gesteld, bestaat op deze dekking geen aanspraak.

2.3.2 Tandheelkundige kosten

Indien verzekerde als gevolg van een ongeval tandheelkundige kosten, waaronder ook wordt verstaan de aanschaffing, vervanging of reparatie van een prothese, heeft gemaakt, vergoedt verzekeraar deze kosten onder de volgende voorwaarden:

- de vergoeding bedraagt maximaal 5% van het onder rubriek B verzekerde bedrag;

- de vergoeding vindt plaats onder aftrek van de vergoedingen waarop verzekerde uit andere hoofde recht heeft;
- de kosten worden vergoed na ontvangst van de betreffende rekeningen (inclusief het bewijs van betaling daarvan) en – indien van toepassing – een bewijs van een uit anderen hoofde verkregen vergoeding;
- een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op andere uitkeringen onder deze polis.

2.3.3 Hospitalisatie

Indien een verzekerde als gevolg van een ongeval in een ziekenhuis in Nederland is opgenomen, vergoedt verzekeraar EUR 75,00 per opnamedag, tot een maximum van 10 dagen.

2.3.4 Traumadekking

Indien verzekerde (en eventuele gezinsleden) ten gevolge van een uitzending de noodzaak ondervindt aan psychologische ondersteuning, vergoedt verzekeraar de kosten verbonden aan psychologische bijstand van verzekerde en eventuele gezinsleden, tot een maximum van EUR 2.500,00. De dekking is in natura en bestaat ook uit de mogelijkheid tot het laten stellen van een diagnose en een second opinion.

Verzekeraar vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten dat niet door derden krachtens enige wet of overeenkomst voor vergoeding in aanmerking komt. Er bestaat uitsluitend dekking indien verzekeraar voorafgaande aan de behandeling zijn toestemming heeft verleend. Indien tot uiterlijk één jaar na beëindiging van deze verzekering, de noodzaak voor traumahulp is vastgesteld, zal verzekeraar de kosten voor psychologische bijstand vergoeden voor zover de diagnose binnen één jaar na een aantoonbare gebeurtenis - verzekerde overkomen - is gesteld.

2.3.5 Post Traumatische Stress Stoornis

Indien verzekerde ten gevolge van een uitzending de noodzaak ondervindt aan een psychiatrische behandeling, vergoedt verzekeraar de kosten verbonden aan de psychiatrische behandeling van verzekerde, tot een maximum van EUR 5.000,00. De dekking is in natura en bestaat verder uit de mogelijkheid tot het laten stellen van een diagnose en een second opinion.

Verzekeraar vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten welke niet door derden krachtens enige wet of overeenkomst voor vergoeding in aanmerking komen. Er bestaat uitsluitend dekking indien verzekeraar voorafgaande aan de behandeling zijn toestemming heeft verleend. Indien tot uiterlijk drie jaar na beëindiging van deze verzekering, door een psychiater Post Traumatische Stress Stoornis is vastgesteld, zal verzekeraar de kosten vergoeden voor behandeling

door een psychiater van een Post Traumatische Stress Stoornis indien en voor zover de diagnose binnen drie jaar na een aantoonbare gebeurtenis - verzekerde overkomen - is gesteld.

2.3.6 Repatriëring

Indien een verzekerde ten gevolge van een ongeval tijdens een verblijf buiten Nederland komt te overlijden, vergoedt verzekeraar, boven het voor overlijden verzekerde bedrag, de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste EUR 5.000, 00.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend in geval van gemaakte kosten van repatriëring, indien deze kosten niet krachtens enige andere verzekering of voorziening worden vergoed.

2.4 Einde van de dekking

De dekking eindigt:

- aan het eind van het verzekeringsjaar waarin verzekerde 70 jaar is geworden;
- indien verzekerde ophoudt zijn domicilie in Nederland te hebben, tenzij anders is overeengekomen;
- bij overlijden van verzekerde.

3 UITSLUITINGEN

Verzekeraar is niet tot uitkering gehouden indien een ongeval:

3.1 Opzet

is veroorzaakt door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

3.2 Misdrijf

plaatsvindt bij het door verzekerde opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;

3.3 Waagstuk

plaatsvindt bij het door verzekerde ondernemen van een waagstuk waarbij het leven of lichaam op roekeloze wijze in gevaar wordt gebracht tenzij uit hoofde van het beroep van verzekerde het verrichten van dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was of geschiedt bij rechtmatige zelfverdediging, poging tot redding van mens, dier of zaken of tot afwending van een dreigend gevaar;

3.4 Vechtpartij

plaatsvindt bij het door verzekerde deelnemen aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;

3.5 Genees- en genotmiddelen

plaatsvindt als gevolg van het gebruik door verzekerde van geneesmiddelen of bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;

3.6 Gevaarlijke sporten/snelheidswedstrijden

plaatsvindt bij het deelnemen aan:

- een bergtocht zonder bevoegde gids tenzij gebruik wordt gemaakt van normale, voor het publiek toegankelijke paden of wegen. Bergexpedities en klettertochten blijven uitgesloten;
- risicoverhogende sporten, waaronder in ieder geval worden verstaan bobsleeën, skispringen, ijshockey, boks- en rugbywedstrijden, parachutespringen en paragliding/parapente;
- een snelheidswedstrijd met (motor)rijtuigen, motorvoertuigen, bromfietsen, (motor)-rijwielen of voorbereidingen hiervoor;
- het beoefenen van sport als (neven) beroep.

Deze uitsluiting geldt niet voor grensverleggende activiteiten of risicosporten indien deze activiteiten onder deskundige begeleiding plaatsvinden en/of kunnen behoren tot de taaktraining in verband met het beroep van verzekerde. Tot deze activiteiten behoren onder meer: skiën, alpinistentraining, duiken, onderwatersport en parachutespringen;

3.7 Atoomkernreactie

wordt veroorzaakt door, optreedt bij, of voortvloeit uit een atoomkernreactie onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet als de atoomkernreactie of ioniserende straling in verband staat met een door een arts voorgeschreven behandeling tengevolge van een ongeval waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op vergoeding bestaat;

3.8 Onder invloed zijn als bestuurder

wordt veroorzaakt doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, mits het alcoholpercentage in zijn bloed hoger is dan is toegestaan volgens de wet van het land waar het ongeval heeft plaatsgevonden;

3.9 Medische behandeling

letsel of overlijden veroorzaakt door een door verzekerde ondergane medische behandeling, tenzij deze rechtstreeks verband houdt met een eerder door verzekerde overkomen ongeval.

4 SCHADE

4.1 Melding

4.1.1 In geval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval is verzekeringnemer of

begunstigde verplicht verzekeraar binnen 48 uur na overlijden hiervan in kennis te stellen maar in ieder geval voor de crematie of begrafenissen.

4.1.2 In geval van blijvende invaliditeit is verzekerde verplicht verzekeraar binnen 3 maanden na het ongeval waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan, hiervan in kennis te stellen.

4.1.3 Indien de melding later wordt gedaan, kan naar het oordeel van verzekeraar toch recht op een uitkering ontstaan, indien door verzekerde, verzekeringnemer of begunstigde(n) kan worden aangetoond dat:

- verzekerde een ongeval is overkomen;
- de blijvende invaliditeit het rechtstreeks gevolg is van dit ongeval;
- de gevolgen van dit ongeval niet door ziekte, kwaal of gebrekkigheid of een abnormale lichaams-/geestesgesteldheid zijn vergroot;
- verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

4.1.4 De melding dient schriftelijk, telefonisch, per fax of per e-mail te geschieden. Een door verzekeraar te verstrekken schadeaangifteformulier dient zo spoedig mogelijk ingevuld en ondertekend te worden ingezonden.

4.2 Verplichtingen na een ongeval

4.2.1 Verplichtingen van de begunstigde in geval van overlijden

In geval van overlijden van verzekerde is de begunstigde verplicht medewerking te verlenen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

4.2.2 Verplichtingen van verzekerde na een ongeval

In geval van (blijvende) invaliditeit van verzekerde is deze verplicht:

- zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen;
- al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen door ten minste de voorschriften van de behandelend geneeskundige te volgen;
- alle medewerking te verlenen ter vaststelling van de mate van invaliditeit, zoals het meewerken aan een geneeskundig onderzoek.

4.2.3 Verplichtingen verzekeringnemer na een ongeval met betrekking tot een geheime missie

In geval van een ongeval welke betrekking heeft op een geheime missie waarbij de oorzaak van het ongeval ook geheim dient te blijven is verzekeringnemer verplicht te verifiëren en aan verzekeraar te bevestigen dat er inderdaad sprake was van een geheime missie.

4.3 Niet nakomen verplichtingen

Verzekerde en/of begunstigde kunnen geen rechten aan de polis ontlenen, indien zij één of meer van deze verplichtingen niet zijn nagekomen en voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad. Elk recht op uitkering vervalt indien verzekerde en/of de begunstigde een of meer verplichtingen niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

4.3 Vaststelling van de hoogte van de uitkering

In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B) geldt dat:

4.3.1 de mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld door een, door de medische adviseur van verzekeraar te benoemen, geneeskundige;

4.3.2 de bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van the American Medical Association (A.M.A.) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, tenzij het percentage van functionele invaliditeit terug te vinden is in de hieronder vermelde Gliedertaxe.

Gliedertaxe

de uitkeringspercentages bij volledig (functie) verlies van:

	Uitkeringspercentage
Hoofd	
Beide ogen	100 %
Eén oog	50 %
Het gehele gehoorvermogen	60 %
Het gehoorvermogen van één oor	25 %
Eén oorschelp	5 %
Het spraakvermogen	50 %
De geur of de smaak	5 %
De neus	10 %
Inwendig orgaan	
De milt	10 %
Een nier	20 %
Een long	30 %
Ledematen	
Beide armen	100 %
Beide handen	100 %
Beide benen	100 %
Beide voeten	100 %
Eén arm of hand en één been of voet	100 %
Arm in schoudergewricht	80 %
Arm in ellebooggewricht	75 %
Hand in polsgewricht	70 %
Eén duim	25 %

Eén wijsvinger	15 %
Eén middelvinger	12 %
Eén van de overige vingers	10 %
Eén been of voet	70 %
Eén grote teen	10 %
Eén van de andere tenen	5 %

- 4.3.3** ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, maximaal 5 % van het verzekerde bedrag wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologisch testen of vestibulair onderzoek zijn verkregen, geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5 %;
- 4.3.4** de uitkering met de helft wordt verminderd bij een ongeval als gevolg van het gebruik als bestuurder of passagier van een motorfiets met een cilinderinhoud van meer dan 500 cc;
- 4.3.5** wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van één of meer van de in de hierboven vermelde gliedertaxen genoemde lichaamsdelen of organen, het uitkeringspercentage naar evenredigheid wordt vastgesteld volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van the American Medical Association (A.M.A.) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging;
- 4.3.6** bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van méér lichaamsdelen of organen de percentages worden opgeteld tot een maximum van 100 %;
- 4.3.7** ter zake van één ongeval in totaal maximaal het verzekerde bedrag wordt uitgekeerd;
- 4.3.8** bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van verschillende vingers van een hand in totaal nooit meer wordt uitgekeerd, dan hetgeen op grond van deze verzekering uitgekeerd zou zijn bij verlies of blijvende functiebeperking van een hand;
- 4.3.9** bij de vaststelling van de mate van invaliditeit geen rekening zal worden gehouden met het beroep ten tijde van het ongeval;
- 4.3.10** indien een reeds bestaande vorm van invaliditeit door een ongeval wordt verergerd, de vastgestelde mate van blijvende invaliditeit na

het ongeval zal worden verminderd met de reeds voor het ongeval bestaande mate van invaliditeit;

- 4.3.11** vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit plaatsvindt uiterlijk drie jaar na de melding van het ongeval of zoveel eerder als een blijvende toestand van invaliditeit is komen vast te staan. Indien twee jaar na de melding van het ongeval nog geen uitkering wegens blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, dan vergoedt verzekeraar de wettelijke rente, te beginnen twee jaar na de melding van het ongeval over het bedrag dat uiteindelijk ter zake van blijvende invaliditeit zal zijn verschuldigd. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan. De hierboven genoemde rente is niet meer verschuldigd nadat verzekeraar een voorschot op de uitkering ter zake van blijvende invaliditeit ter beschikking heeft gesteld;
- 4.3.12** bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit nimmer rekening wordt gehouden met de psychische reactie op het ongeval c.q. op het daardoor veroorzaakte lichamelijke letsel c.q. blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben;
- 4.3.13** indien verzekerde binnen drie jaar na het ongeval overlijdt (doch niet als gevolg van het bedoelde ongeval of als gevolg van een ander ongeval, waarvoor door verzekeraar uitkering zal worden verleend) terwijl de uitkering voor blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, uitkering zal worden verleend op basis van de mate van invaliditeit welke met inachtneming van drie jaar na het ontstaan van het ongeval, redelijkerwijs te verwachten zou zijn geweest, indien verzekerde in leven was gebleven;
- 4.3.15** de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit in Nederland zal plaatsvinden, ook al is verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of was deze ten tijde van het ongeval in het buitenland. Verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hier niet aan, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

4.4 Betaling van de uitkering

4.4.1 In geval van overlijden (rubriek A)

Bij overlijden van verzekerde binnen drie jaar na het ongeval, keert verzekeraar het voor hem verzekerde bedrag uit. Heeft verzekeraar ter zake van hetzelfde ongeval reeds uitkering verleend

wegens blijvende invaliditeit, dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden. Is de reeds verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit echter hoger dan de uitkering bij overlijden dan zal verzekeraar het verschil niet terugvorderen.

4.4.2 In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B)

De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld zodra naar medisch oordeel sprake is van een onveranderlijke toestand, doch uiterlijk binnen 3 jaar na melding van het ongeval. Na deze periode zal de mate van blijvende invaliditeit worden bepaald op basis van de alsdan bestaande invaliditeit, waarbij uitdrukkelijk wordt bepaald, dat nadien optredende wijzigingen géén aanleiding kunnen vormen om aanspraken te doen op aanvullende uitkeringen.

4.5 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling
Indien blijkt dat bij afwezigheid van begunstigten de staat uitkeringsgerechtigd kan zijn, bestaat voor verzekeraar geen plicht tot betaling.

4.6 Verjaring

4.6.1 Een vordering tot het doen van een uitkering verjaart indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen drie jaar na het moment waarop verzekerde kennis kreeg of had kunnen krijgen van de gebeurtenis.

4.6.2 Wanneer de uitkering door verzekeraar wordt afgewezen, verjaart de rechtsvordering van verzekerde op verzekeraar door verloop van één jaar te rekenen vanaf de volgende dag op de datum van afwijzing.

4.7 Cumulatie

4.7.1 Maximum uitkering

Indien ten gevolge van één en dezelfde gebeurtenis meerdere verzekerden worden getroffen, zal voor alle verzekerden tezamen nooit meer worden uitgekeerd dan EUR 2.000.000,00. Indien dit bedrag zou worden overschreden, worden de uitkeringen per verzekerde naar evenredigheid van de verzekerde bedragen verminderd.

4.7.2 Meerdere verzekeringen

Indien ten behoeve van een verzekerde meerdere ongevallenpolissen bij verzekeraar zijn afgesloten, wordt in geval van een ongeval nooit meer uitgekeerd dan EUR 150.000,00.

5 PREMIE

5.1 Premiebetaling

5.1.1 Verzekeringnemer is verplicht premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.

5.1.2 Als verzekeringnemer het verschuldigde bedrag niet heeft betaald binnen 30 dagen na het eerste betalingsverzoek, eindigt de dekking op de eerste dag van de periode waarover het verschuldigde bedrag betaald dient te worden. Verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde bedrag te betalen.

5.1.3 Tenzij verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag door verzekeraar is ontvangen. Schade ontstaan of veroorzaakt in de periode dat de dekking niet van kracht was, wordt niet vergoed.

5.2 Premieverrekening

De premie wordt pro rata verrekend indien wijziging van het risico een premieverlaging of premieverhoging tot gevolg heeft.

5.3 Premievaststelling

Verzekeraar heeft recht om de in enig jaar definitief verschuldigde premie vast te stellen voor het daarop volgende jaar.

5.4 Premierestitutie

Bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens kwade trouw van verzekeringnemer betaalt verzekeraar pro rata de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is aan verzekeringnemer terug, onder aftrek van kosten.

6 WIJZIGINGEN

6.1 Wijziging premie en/of voorwaarden

Verzekeraar heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is verzekeraar gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hen te bepalen datum.

Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd tenzij hij binnen 30 dagen na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar de verzekering opzegt. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat echter niet eerder dan 30 dagen na de dagtekening van bedoelde mededeling.

De mogelijkheid tot opzegging geldt niet als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, of indien de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt.

6.2 Wijziging van het risico

Indien de aard van de werkzaamheden zodanig wijzigt, dat een wezenlijke risicoverzwarende optreedt ten aanzien van het ongevalrisico, dan is verzekeringnemer verplicht verzekeraar daarvan in kennis te stellen. Dit geldt zowel voor wijzigingen van tijdelijke als permanente aard.

6.3 Verzwarende van het risico

Is verzekeraar van oordeel dat de wijziging een verzwarende van risico betekent, dan kan verzekeraar:

- hetzij een premieverhoging bedingen;
- hetzij de verzekering met inachtneming van een opzegtermijn van 14 dagen beëindigen, met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie.

Gaat verzekeringnemer niet akkoord met een premieverhoging, dan eindigt de verzekering met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie. Ongevallen, verzekerde overkomen voordat verzekeraar van de wijziging in kennis zijn gesteld, geven – onverminderd het bepaalde in artikel 4.1 – recht op uitkering, mits de genoemde wijziging geen premieverhoging met zich meebrengt. Maakt de wijziging echter een premieverhoging noodzakelijk, dan zullen alle verzekerde bedragen geacht worden te zijn verlaagd in dezelfde verhouding als de oorspronkelijke premie staat tot de nieuwe premie. Het bepaalde in deze alinea is niet van toepassing ten aanzien van ongevallen, die geen verband houden met de risicoverzwarende, voortvloeiende uit de wijziging. Betekent de wijziging een zodanige verzwarende van het risico voor verzekeraar, dat daarvoor geen dekking kan worden verleend, dan zal uit hoofde van deze polis slechts uitkering plaatsvinden ter zake van ongevallen, die verzekerde niet in verband met zijn beroep of bezigheden zijn overkomen.

7 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

7.1 Duur van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven.

7.2 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt:

- na schriftelijke opzegging door verzekeraar of verzekeringnemer binnen 30 dagen nadat verzekeraar onder deze verzekering een geclaimde schade heeft vergoed of afgewezen, waarbij een opzegtermijn van ten minste 14 dagen in acht dient te worden genomen;
- op de dag van schriftelijke opzegging door verzekeraar, indien verzekeringnemer langer dan 60 dagen in gebreke is de premie en kosten te betalen;

- als verzekeringnemer wijziging van premie en/of voorwaarden op grond van artikel 6.1 niet accepteert.

8 SLOTBEPALINGEN

8.1 Samenloop voorwaarden

In het geval dat de bijzondere voorwaarden en clausules afwijken van deze algemene voorwaarden, zijn de bijzondere voorwaarden en clausules bepalend voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst.

8.2 Klachtenprocedure

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van verzekeraar. Wanneer het oordeel van verzekeraar voor verzekerde niet bevredigend is, kan hij zich wenden tot het:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening,
Postbus 93257,
2509 AG Den Haag,
telefoon 0900 3 552 248 (EUR 0,10 p/min).

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

8.3 Persoonsregistratie

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt:

- ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten;
- voor het uitvoeren van marketingactiviteiten;
- ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector;
- voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan verzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. Een consumentenbrochure van de Gedragscode kunt u opvragen bij uw financiële instelling. De volledige tekst van de Gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars

www.verzekeraars.nl. De volledige tekst van de Gedragscode is tevens te raadplegen via de site van de Nederlandse Vereniging van Banken www.nvb.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500) of bij de Nederlandse Vereniging van Banken (Postbus 3543, 1001 AH Amsterdam, 020-5502888).