

Collectieve ongevallenverzekering



Inhoudsopgave

1.	Begripsomschrijving	4
1.1	Verzekeringnemer	4
1.2	Verzekerde	4
1.3	Verzekeraar	4
1.4	Partner	4
1.5	Kinderen.....	4
1.6	Molest	4
1.7	Begunstigde	4
1.8	Ongeval	4
1.9	Onder ongeval wordt mede verstaan:	5
1.10	Blijvende invaliditeit	5
1.11	Verlies van een ledemaat	5
1.12	Verlies van zicht.....	5
1.13	Paraplegie.....	6
1.14	Triplegie	6
1.15	Quadriplegie.....	6
1.16	Jaarloon.....	6
1.17	Ziekenhuis	6
1.18	Bevoegd arts.....	6
1.19	Bezoeker	6
2.	Onzekerheidsvereiste	7
3.	Verzekeringsgebied	7
4.	Omschrijving/omvang van de dekking	7
4.1	Recht op uitkering bij overlijden (Rubriek A)	7
4.2	Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit (Rubriek B)	7
4.3	Aanvullende dekkingen	7
4.4	Uitsluitingen	12
5.	Verplichtingen na een ongeval	13
5.1	Aanmelding	13
5.2	Verplichtingen van de tot uitkering gerechtigde ingeval van overlijden	13
5.3	Verplichtingen van verzekerde na een ongeval	13
5.4	Verplichtingen van verzekeringnemer na een ongeval.....	14
5.5	Niet-nakoming.....	14
5.6	Verjaring.....	14
6.	Vaststelling bij de uitkering van blijvende invaliditeit	14
6.1	Wijze van vaststelling.....	14
6.2	Percentage van blijvende invaliditeit.....	15

6.3	Medisch onderzoek	16
6.4	Uitzonderingen.....	16
6.5	Invloed van kunst- en hulpmiddelen	16
6.6	Termijn voor de vaststelling van blijvende invaliditeit.....	16
6.7	Rentevergoeding	16
6.8	Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand.....	16
6.9	Maximum uitkeringen	17
7.	Begunstigde.....	17
8.	De premie	17
8.1	Premiebetaling.....	17
8.2	Wanbetaling.....	17
8.3	Terugbetaling van premie	17
8.4	Premieberekening.....	18
9.	Wijziging van premie en/of voorwaarden	18
9.1	En bloc wijziging.....	18
9.2	Wijziging aantal verzekerden	18
9.3	Uitzonderingen.....	18
10.	Wijziging van het risico	18
10.1	Termijn	18
10.2	Gevolgen wijziging	18
10.3	Beroepsongevallen binnen termijn	19
11.	Duur en einde van de verzekering	19
11.1	Verzekering voor bepaalde tijd	19
11.2	Verzekering voor onbepaalde tijd	19
11.3	Opzegtermijn.....	19
11.4	Beëindiging van de verzekering	19
11.5	Molestdekking.....	20
12.	Mededelingen.....	20
13.	Toepasselijk recht en geschillen.....	20
14.	Samenloop.....	20
15.	Bescherming Persoonsgegevens.....	20
16.	Sanctieclausule	21
17.	Clausule terrorismedekking.....	22

1. Begripsomschrijving

1.1 Verzekeringnemer

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

1.2 Verzekerde

De persoon wiens belangen worden behartigd door de verzekering en die als zodanig op het polisblad wordt vermeld.

1.3 Verzekeraar

Zurich Insurance plc, Nederlands bijkantoor. Onderneming naar Iers recht, gereguleerd door de Central Bank of Ireland, ingeschreven in Ierland onder nummer 13460. Statutaire zetel: Zurich House Ballsbridge Park, Dublin 4, in Nederland handelende onder de naam Zurich Insurance plc, Nederlands bijkantoor, Prinses Margrietplantsoen 63/65, 2595 BR 's-Gravenhage.

1.4 Partner

De echtgeno(o)t(e) of de geregistreerd partner van verzekerde of, als die er niet is,

De persoon die met verzekerde een notarieel samenlevingscontract heeft gesloten of, als die er ook niet is,

De persoon die een duurzame relatie heeft met verzekerde en meer dan een jaar met verzekerde op 1 adres samenwoont en een gemeenschappelijke huishouding voert (voor zover zij geen familie van elkaar zijn, niet getrouwd zijn en niet geregistreerd staan als partner).

1.5 Kinderen

Ongehuwde kinderen van verzekerde, jonger dan 27 jaar, hetzij thuiswonend of in verband met een voltijdsstudie uitwonend.

1.6 Molest

Buitengewone omstandigheden als gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Deze zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in Den Haag is gedeponeerd en die als zodanig deel uitmaakt van deze verzekering

1.7 Begunstigde

De (rechts)persoon die op de polis of door schriftelijke mededeling is aangewezen tot het ontvangen van de uitkering.

1.8 Ongeval

Een gebeurtenis waarbij verzekerde plotseling onafhankelijk van zijn wil wordt getroffen door een van buitenaf op hem inwerkend geweld, waardoor hem in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht al dan niet met de dood als gevolg, mits aard en plaats van het letsel of de dood geneeskundig zijn vast te stellen, het letsel niet opzettelijk door verzekerde is toegebracht en het letsel niet voortvloeit uit een ziekte.

1.9 Onder ongeval wordt mede verstaan:

- 1.9.1 Zonnesteek, bevriezing, verdrinking, verstikking, blikseminslag of andere elektrische ontlading, hitteberoerte en etsing door bijtende stoffen;
- 1.9.2 Letsel als gevolg van rechtmatige zelfverdediging, redding (of poging daartoe) van in gevaar verkerende personen, dieren of goederen;
- 1.9.3 De gevolgen van een onjuiste medische behandeling, wondinfectie of bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdende met een gedekt ongeval;
- 1.9.4 Zonnebrand, uitputting, verhongering en/of uitdroging ontstaan als gevolg van overstroming, instorting, insneeuwen, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
- 1.9.5 Acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van vaste, vloeibare en/of gasvormige stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen;
- 1.9.6 Besmetting door ziektekiemen als rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof dan wel als gevolg van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van personen, dieren of goederen;
- 1.9.7 Ontwrichting of spierscheuring ook indien ontstaan door eigen plotselinge krachtinspanning, mits aard en plaats van deze letsels medisch vast te stellen zijn;
- 1.9.8 Miltvuur, trichofytie, ziekte van Bang, koepokken, mond- en klauwzeer en sarcopteschorf;
- 1.9.9 Het plotseling en ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen;
- 1.9.10 "postwhiplash syndroom" waaronder wordt verstaan lichamelijk functionele beperkingen als gevolg van een acceleratie-/deceleratie-trauma van de cervicale wervelkolom;
- 1.9.11 Lumbago (lendespit), peesschede ontsteking (tendovaginitis crepitans), zweeps slag (coup de fouet), tennisarm (epicondylitis humeri), hernia en ingewandsbreuk mits geopereerd;
- 1.9.12 Een ongeval dat werd veroorzaakt door een ziekte, anders dan een geestesziekte of een psychische aandoening.

1.10 Blijvende invaliditeit

Blijvend, geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van verzekerde.

1.11 Verlies van een ledemaat

In het geval van een been of onderste ledemaat:

- A) verlies door blijvende lichamelijke scheiding aan of boven de enkel, of
- B) blijvend en volledig verlies van het gebruik van een complete voet of een compleet been.

In het geval van een arm of bovenste ledemaat:

- A) verlies door blijvende lichamelijke scheiding van de vier vingers aan of boven de meta-carpo-phalangeal gewrichten of:
- B) blijvend en totaal verlies van een complete arm of hand.

1.12 Verlies van zicht

Blijvend en volledig verlies van gezichtsvermogen:

- A) van beide ogen;
- B) in één oog wanneer de zichtgraad na correctie 1/20 of minder is op de Snellen schaal.

1.13 Paraplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee onderste ledematen, blaas en rectum.

1.14 Triplegie

De blijvende en volledige verlamming van drie van de vier ledematen

1.15 Quadriplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee bovenste ledematen en de twee onderste ledematen.

1.16 Jaarloon

Het loon, dat over een periode van 12 maanden onmiddellijk aan het ongeval voorafgaande door verzekeringnemer aan een verzekerde werd toegekend en aan de belastingdienst werd/wordt opgegeven. Voor verzekerden die op de datum van het ongeval nog geen 12 maanden in dienst van verzekeringnemer zijn (geweest), zal het loon op pro rata basis worden herleid alsof het dienstverband wel 12 maanden had bestaan.

1.17 Ziekenhuis

Een instelling voor medische behandeling van bedlegerige patiënten welke:

- Diagnostische en heelkundige voorzieningen heeft;
- 24 uur per dag verpleegkundig personeel heeft;
- Onder toezicht van artsen staat en;
- Geen verpleegtehuis, rusthuis, bejaardentehuis of psychiatrische instelling (ook voor gedragsstoornissen), sanatorium of kliniek voor de behandeling van alcohol- of drugsverslaafden is; zelfs wanneer dit zich op dezelfde locatie bevindt.

1.18 Bevoegd arts

Een beoefenaar van de geneeskunde, welke is afgestudeerd aan een medische faculteit welke vermeld wordt in de "Directory of Medical Schools of the World Health Organisation", die in het bezit is van een vergunning van de medische autoriteiten van het land waar zijn praktijk wordt uitgeoefend en die praktiserend is binnen het kader van de van toepassing zijnde vergunning en opleiding.

1.19 Bezoeker

De natuurlijke persoon, die zich rechtmatig, maar niet tegen betaling, bevindt op een terrein of in een gebouw dat bij verzekeringnemer in gebruik is en die als bezoeker is geregistreerd. Met 'bezoeker' wordt niet bedoeld: (een persoon die een arbeidsovereenkomst heeft met) een opdrachtnemer van verzekeringnemer die werkzaamheden komt verrichten in het bedrijf van verzekeringnemer, zoals personeel van aannemingsbedrijven, installatiebedrijven, machinefabrieken, schoonmaakbedrijven, nutsbedrijven, enzovoort.

2. Onzekerheidsvereiste

Deze overeenkomst beantwoordt – tenzij partijen uitdrukkelijk anders zijn overeengekomen – aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7:925 BW, indien en voor zover de schade op vergoeding waarvan aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekerde schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

3. Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in de hele wereld.

4. Omschrijving/omvang van de dekking

4.1 Recht op uitkering bij overlijden (Rubriek A)

4.1.1 Indien een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van het overlijden van verzekerde, wordt het bij overlijden van toepassing zijnde verzekerde bedrag uitgekeerd.

4.1.2 Een uitkering wegens blijvende invaliditeit ter zake van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de bij overlijden verschuldigde uitkering. Geen terugvordering zal plaatsvinden indien de reeds verrichte uitkering hoger is dan de uitkering bij overlijden.

4.2 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit (Rubriek B)

4.2.1 Indien een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van de blijvende invaliditeit van verzekerde, wordt de uitkering overeenkomstig het bepaalde in art. 6. vastgesteld op een percentage van het ten tijde van het ongeval voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag.

4.2.2 Indien verzekerde vóór de vaststelling van het uitkeringspercentage overlijdt, anders dan door het ongeval, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten te verwachten definitieve graad van invaliditeit, indien verzekerde niet zou zijn overleden.

4.3 Aanvullende dekkingen

4.3.1 Kosten plastische chirurgie

4.3.1.1 In geval van een ongeval in de zin van art. 1.9, verzekerde overkomen, met blijvende misvorming of ontsiering van het lichaam als gevolg, zijn meeverzekerd de kosten van plastisch chirurgische behandeling die naar het oordeel van een plastisch chirurg een redelijke kans op verbetering of herstel biedt.

4.3.1.2 Per ongeval geldt een maximale vergoeding van 10% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag, tot ten hoogste een bedrag van € 10.000,-. Verzekeraar vergoed de met de operatie of poliklinische behandeling verband houdende kosten, voorgeschreven medicamenten, verband- en geneesmiddelen, alsmede de verpleging in het ziekenhuis, mits deze operatie/behandeling binnen 2 jaar na de datum van het ongeval plaatsvindt.

4.3.2 Littekens

Indien verzekerde door een ongeval blijvende littekens in het gelaat heeft opgelopen dan zullen de volgende percentages van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit zoals vermeld op het polisblad worden uitgekeerd:

- littekens vanaf 5 tot 10 cm: · 5% met een maximum van € 5.000,- per persoon per gebeurtenis
- littekens langer dan 10 cm: · 10% met een maximum van € 10.000,- per persoon per gebeurtenis

4.3.3 Ongevallendekking voor bezoekers en stagiaires

4.3.3.1 Indien vermeld onder verzekerden op het polisblad biedt deze verzekering tevens dekking voor ongevallen aan bezoekers en stagiaires overkomen in de gebouwen of op de terreinen van verzekeringnemer met de volgende verzekerde bedragen per persoon:

- rubriek A. € 25.000,- in geval van overlijden;
- rubriek B. € 50.000,- als maximum bij algehele blijvende invaliditeit.

Onder de gebouwen en terreinen van verzekeringnemer worden verstaan de gebouwen en terreinen die bij verzekeringnemer in gebruik zijn als en dienen tot permanente inrichting voor bedrijfsuitoefening.

4.3.3.2 Niet tot de bezoekers en stagiaires worden gerekend:

- werknemers en ondergeschikten van anderen dan verzekeringnemer die arbeid verrichten in het bedrijf/de instelling van verzekeringnemer;
- andere in het bedrijf/de instelling van verzekeringnemer werkzame personen.

4.3.3.3 De in art. 4.3.3 omschreven dekking geldt niet voor bedrijven/instellingen waarvan de bedrijfsuitoefening mede of uitsluitend is gericht op het ontvangen van bezoekers (zoals winkels, warenhuizen, attractieparken, horecabedrijven, dierentuinen, bankinstellingen, bioscopen, musea, voor publiek toegankelijke gebouwen etc.).

4.3.3.4 Het maximum verzekerd bedrag per gebeurtenis bedraagt ten hoogste € 500.000,- voor alle bezoekers en stagiaires tezamen, aan wie een ongeval is overkomen. Indien ten tijde van een gebeurtenis het aantal aanwezige bezoekers en stagiaires dat een ongeval is overkomen, zo groot is dat genoemd verzekerd bedrag ontoereikend is om aan allen een uitkering te doen, zullen de per persoon geldende verzekerde bedragen naar evenredigheid worden verlaagd totdat het maximum bedrag per gebeurtenis is bereikt.

4.3.3.5 Uitkeringen ingevolge art. 4.3.3 geschieden aan verzekeringnemer.

4.3.4 Dagvergoeding ziekenhuisopname

Indien een verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt opgenomen in een ziekenhuis, zal gedurende de tijd van opname een vergoeding worden verleend van € 75,- per dag. De uitkeringstermijn vangt aan op de dag waarop verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen en eindigt met ingang van de dag waarop verzekerde uit het ziekenhuis wordt ontslagen. De maximale uitkeringsduur bedraagt 365 al dan niet aaneengesloten dagen.

Voor de volgende met een ongeval gelijkgestelde aandoeningen geldt een maximale uitkeringsduur van 28 aaneengesloten dagen:

- ingewandsbreuk, spit (lumbago) en uitstulpingen van de tussenwervelschijf (discus prolaps en hernia nuclei pulposi).

4.3.5 Paraplegie, triplegie of quadriplegie

In het geval van paraplegie, triplegie of quadriplegie zal de volgende uitkering worden toegevoegd aan de uitkering voor blijvende invaliditeit voor verzekerde:

- paraplegie € 25.000,-
- triplegie € 75.000,-
- quadriplegie € 150.000,-

4.3.6 Tandheelkundige kosten

Als door een gedekt ongeval schade ontstaat aan 3 of meer natuurlijke gebitselementen en/of niet uitneembare gebitsprothesen van verzekerde, worden de kosten van herstel tot maximaal € 5.000,- per gedekt ongeval aan verzekerde vergoed.

4.3.7 Kinderen

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden van een verzekerde als genoemd in artikel 1.2. als gevolg van een ongeval, wordt het uit te betalen bedrag verhoogd met € 5.000,- per kind, tot maximaal 10% van het voor overlijden ten gevolge van een ongeval van toepassing zijnde verzekerd bedrag.

4.3.8 Omscholingskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor het verlies van een ledemaat of het verlies van zicht, betaalt verzekeraar de redelijke kosten voor het omscholen van verzekerde tot aangepaste arbeid aan verzekeringnemer terug, tot een maximum van € 10.000,-.

4.3.9 Vervangingskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden als gevolg van een ongeval, betaalt verzekeraar de redelijke wervingskosten voor de vervanging van verzekerde aan verzekeringnemer, tot een maximum van € 10.000,-.

4.3.10 Coma

Indien een ongeval resulteert in de voortdurende bewusteloze staat van verzekerde, betaalt de verzekeraar € 75,- per opnamedag, voor een periode van maximaal 365 dagen. Deze uitkering wordt toegevoegd aan de uitkering voor ziekenhuisopname.

4.3.11 Psychologische ondersteuning

Indien een ongeval resulteert in een te verwachten blijvende invaliditeit van meer dan 50%, betaalt de verzekeraar de kosten voor professionele psychologische ondersteuning van verzekerde tot een maximum van € 7.500,- mits die binnen 3 maanden na de ongevaldatum beginnen, voorgeschreven zijn door een bevoegde arts en verband houdt met het ongeval.

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden van een verzekerde als genoemd in artikel 1.2. als gevolg van een ongeval betaalt de verzekeraar de kosten voor professionele psychologische ondersteuning van de achterblijvende partner en/of kinderen tot een maximum van € 2.500,- mits die binnen 3 maanden na de ongevaldatum beginnen, voorgeschreven zijn door een bevoegde arts en verband houdt met het ongeval.

4.3.12 Traumahulp werknemers

Indien er werknemers van verzekeringnemer getuige zijn van een gedekt ongeval, waardoor verzekerde komt te overlijden of welke naar verwachting resulteert in een blijvende invaliditeit van meer dan 50%, is er dekking voor traumahulp onder dit artikel. De verzekeraar vergoedt de kosten voor professionele psychologische ondersteuning van de werknemers tot een maximum van € 7.500,- voor alle werknemers gezamenlijk, mits:

- de psychologische klachten binnen 3 maanden na de ongevaldatum beginnen, en
- de traumahulp voorgeschreven is door een bevoegde arts, en
- er sprake is van een causaal verband tussen de psychologische klachten en het ongeval.

Indien een werknemer tevens dekking heeft onder artikel 4.3.11 dan zullen de verzekerde bedragen nimmer cumuleren, maar krijgt de hoogste uitkering voorrang.

4.3.13 Seksueel misbruik of gewelddadige overval

Indien Verzekerde het slachtoffer wordt van seksueel misbruik of een gewelddadige overval vergoedt Verzekeraar tot € 200 per sessie voor, door een bevoegd arts voorgeschreven noodzakelijke, psychologisch zorg binnen 90 dagen nadat er aangifte is gedaan of een getuigenis is afgelegd bij de politie, tot een maximum van € 7.500 per persoon.

4.3.14 Hulp in de huishouding

Als verzekerde door een gedekt ongeval recht heeft op een uitkeringspercentage van meer dan 50% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit, dan worden de noodzakelijke kosten voor hulp in de huishouding van verzekerde gedurende maximaal 4 weken na de datum van het ongeval en tot maximaal € 500,- vergoed.

4.3.15 Persoonlijke bezittingen in het ziekenhuis

Indien een ongeval resulteert in onmiddellijke ziekenhuisopname, betaalt de verzekeraar de schade aan en de kosten voor verloren, beschadigde of gestolen voorwerpen en documenten die door verzekerde voor eigen gebruik zijn meegenomen tot een maximum van € 5.000,-.

4.3.16 Begrafeniskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor dood door ongeval, betaalt de verzekeraar de redelijke begrafenis- en crematiekosten tot een maximum van € 10.000,- per verzekerde.

4.3.17 Levensredder

Indien een derde (niet zijnde verzekerde of verzekeringnemer) lichamelijk letsel oploopt, terwijl hij het leven tracht te redden van verzekerde, dat binnen twee jaar resulteert in de dood of blijvende invaliditeit van deze derde, betaalt de verzekeraar aan deze derde partij (of in geval van overlijden aan diens erven) op basis van een verzekerd bedrag van € 25.000,-. De uitkering wordt uitbetaald naast een eventuele uitkering aan verzekerde.

4.3.18 Huis, werkplek en auto aanpassing

In het geval dat verzekerde lichamelijk letsel oploopt door een ongeval wat resulteert in een uitkeringspercentage van meer dan 25% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit en als gevolg hiervan aanpassingen aan zijn huis en/of werkplek en/of auto behoeft (inclusief maar niet beperkt tot de installatie van hellingen voor externe en interne rolstoeltoegang, interne leidrails, noodalarm systemen en vergelijkbare invaliditeitshulpmiddelen) om dagelijkse handelingen uit te kunnen voeren (zoals wassen, koken, baden en aankleden) en te kunnen werken en zich te kunnen verplaatsen, betaalt de verzekeraar 80% van de aanvullende kosten voor dergelijke aanpassingen tot een maximum van € 5.000,-, mits zulke aanpassingen worden verricht met de voorafgaande schriftelijke instemming van de verzekeraar en de instemming hebben van de behandelende bevoegde arts van verzekerde.

4.3.19 Partner/kind

In het geval van overlijden of Blijvende Invaliditeit als gevolg van een ongeval betaalt de verzekeraar voor elke partner of kind die lichamelijk letsel oploopt in hetzelfde ongeval als verzekerde, een bedrag van € 25.000,- bij overlijden of een evenredig % conform artikel 6.2.

4.3.20 Vermissing

Indien verzekerde wordt vermist en het na een gepaste tijdsduur redelijkerwijs valt aan te nemen dat verzekerde is overleden als gevolg van lichamelijk letsel opgelopen bij een ongeval, zal het verzekerde bedrag voor overlijden zoals vermeld op het polisblad worden uitbetaald. Onder een gepaste tijdsduur zoals vermeld in voorgaande zin wordt in ieder geval verstaan een periode van 2 jaren. De tot uitkering gerechtigde dient wel een overeenkomst te ondertekenen waarin staat dat wanneer later blijkt dat verzekerde niet is overleden, elk door de verzekeraar betaald bedrag aan de verzekeraar zal worden terugbetaald.

4.3.21 Repatriëring

Indien verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval overlijdt tijdens zijn verblijf buiten Nederland, worden boven het bij overlijden verzekerde bedrag de gemaakte kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 15.000,- vergoed.

4.3.22 Molest

De dekking voor molest, zoals omschreven in artikel 1.6, mits vermeld op het polisblad, is van kracht voor ongevallen verzekerden overkomen buiten Nederland. Ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit het gebruik van of de dreiging van het gebruik van nucleaire, biologische, en/of chemische wapens en – stoffen blijven echter uitgesloten.

4.3.23 Reputatieschade

Als een verzekerde overlijdt of blijvend invalide wordt door een gedekt ongeval dat plaatsvindt in het gebouw en/of op het terrein van verzekeringnemer, dan worden gemaakte pr- en mediakosten om de reputatie van verzekeringnemer veilig te stellen tot maximaal € 10.000,- vergoed aan verzekeringnemer. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn dat:

- de kosten worden gemaakt binnen 15 dagen na het ontstaan van het ongeval,
- verzekeraar vooraf uitdrukkelijk, schriftelijk toestemming heeft gegeven om deze kosten te maken, en
- er geen sprake is van verwijtbaar handelen of grove nalatigheid van verzekeringnemer.

De kosten worden pas vergoed, nadat is komen vast te staan dat aan al deze voorwaarden is voldaan.

4.3.24 Stille tocht/herdenkingsdienst in geval van moord/doodslag

Als verzekerde slachtoffer is geworden van moord of doodslag, niet zijnde eerwraak of een afrekening in het criminele circuit, worden de in redelijkheid gemaakte kosten voor een stille tocht of herdenkingsdienst (als naast de uitvaart een afzonderlijke herdenkingsdienst plaatsvindt) aan verzekeringnemer vergoed tot maximaal € 5.000,-

Voorwaarde voor deze vergoeding is dat verzekeraar vooraf uitdrukkelijk, schriftelijk toestemming heeft gegeven om deze kosten te maken.

4.3.25 Agressie tijdens werkzaamheden

Als verzekerde tijdens de uitoefening van zijn werkzaamheden slachtoffer wordt van geweld door derde(n), dat niet door verzekerde is uitgelokt dan worden de in verband hiermee gemaakte geneeskundige kosten tot maximaal € 500,- aan verzekerde vergoed.

Voorwaarde voor deze vergoeding is dat verzekerde in Nederland een zorgverzekering moet hebben afgesloten.

4.3.26 Overlijden ongeboren baby

Als een verzekerde zwanger is en door een gedekt ongeval haar ongeboren baby van 24 weken of ouder verliest, worden de kosten van een uitvaart en/of de kosten van de babyspullen die al gekocht zijn aan verzekerde vergoed tot maximaal € 7.500,-

4.3.27 Reiskosten verzekerde

Als een uitkering wordt verstrekt voor het volledige (functie)verlies van een arm tot in het schoudergewricht of een been tot in het heupgewricht of volledig (functie)verlies van het visueel systeem, worden de redelijke reiskosten (alleen voor het rechtstreeks reizen van en naar de werklocatie of het reizen in verband met een geneeskundige behandeling die door het ongeval noodzakelijk is geworden) van verzekerde, zoals vervoer door een taxi of een chauffeur, vergoed aan verzekerde tot maximaal € 50,- per week voor maximaal 104 weken.

4.3.28 Reiskosten echtgeno(o)t(e)/partner en/of kinderen van verzekerde

Als aan verzekerde een uitkering wordt verstrekt voor het volledige (functie)verlies van een arm tot in het schoudergewricht of een been tot in het heupgewricht of volledig (functie)verlies van het visueel systeem, worden de redelijke reiskosten (alleen het rechtstreeks reizen van of naar het ziekenhuis) van de partner en/of kinderen van verzekerde, zoals vervoer door een taxi of een chauffeur, vergoed aan de partner en/of kinderen van verzekerde tot maximaal € 50,- (in totaal) per week en tot maximaal € 1.500,- (in totaal).

4.3.29 Executeur

Als verzekerde door een gedekt ongeval overlijdt, worden de kosten voor de diensten van een executeur aan begunstigde vergoed tot maximaal € 2.000,-

4.3.30 Kinderopvang in geval van overlijden van verzekerde

Als verzekerde door een gedekt ongeval overlijdt, worden aan de partner van verzekerde de kosten van kinderopvang voor elk inwonend, wettig kind tot 5-jarige leeftijd, van verzekerde vergoed tot maximaal € 2.500,- voor een periode van maximaal 52 weken. Voorwaarde voor deze vergoeding is dat de kinderopvang is geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang en Peuterspeelzalen. De kosten worden pas vergoed nadat is komen vast te staan dat aan deze voorwaarde is voldaan.

4.3.31 Retourneerkosten persoonlijke en zakelijke bezittingen

Als verzekerde door een gedekt ongeval in het buitenland overlijdt of langer dan 72 uur in een buitenlands ziekenhuis is opgenomen, worden de noodzakelijke retourneerkosten van persoonlijke en zakelijke bezittingen die verzekerde bij zich had en die teruggezonden moeten worden naar Nederland, tot maximaal € 1.500,- vergoed.

4.4 Uitsluitingen

Verzekeraar is niet tot enige uitkering verplicht terzake van:

4.4.1 Misdrijf

Ongevallen ontstaan bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe, dan wel bij het deelnemen door verzekerde aan vechtpartijen anders dan bij rechtmatige zelfverdediging.

4.4.2 Psychische aandoeningen

Ongevallen ontstaan als gevolg van psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreekse gevolg zijn van ontstaan hersenletsel door een reeds onder deze verzekering gedekt ongeval.

4.4.3 Terrorisme

Ongevallen, veroorzaakt door, opgetreden bij of voortvloeiende uit het terrorismerisico als omschreven in de Clausule terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

Deze uitsluiting geldt niet voor zover dekking wordt verleend binnen de werking van de Clausule Terrorismedekking (NHT). Ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit het gebruik van of de dreiging van het gebruik van nucleaire, biologische, en/of chemisch wapens en – stoffen blijven echter uitgesloten.

NHT Excedent: In aanvulling op het bepaalde in het clauseblad "Terrorismedekking (NHT)", geldt ten aanzien van het terrorismerisico in de zin van het clauseblad het volgende:

Indien zich een gebeurtenis voordoet als bedoeld in artikel 2.1 van het clauseblad en er zich een verschil voordoet tussen de uitkeringen waarop verzekerde krachtens het clauseblad aanspraak kan maken en de eventuele uitkeringen waarop verzekerde, krachtens deze verzekering aanspraak zou hebben kunnen maken indien het clauseblad niet van toepassing zou zijn geweest, doet verzekeraar een aanvullende uitkering ter grootte van het bovengenoemde verschil.

Verzekerde of de tot uitkering gerechtigde kan eerst aanspraak maken op de aanvullende uitkering, nadat de NHT het definitieve uitkeringspercentage conform het bepaalde in het Protocol afwikkeling claims NHT, aan verzekeraar heeft meegedeeld.

Ten aanzien van de NHT Excedent dekking behoudt verzekeraar zich het recht voor deze schriftelijk op te zeggen, mits daarbij een opzegtermijn van tenminste 15 dagen in acht wordt genomen.

4.4.4 Atoomkernreactie

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een ongeval dat is veroorzaakt door een atoomkernreactie.

Onder atoomkernreactie is te verstaan iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

4.4.5 Gebruik van alcohol en soortgelijke middelen

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een ongeval waarbij verzekerde onder invloed was van alcohol, waarbij het bloed-alcoholgehalte op het moment van het ongeval 0,5 promille of hoger was of het adem-alcoholgehalte 220 microgram of hoger was, of waarbij verzekerde onder invloed was van andere bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, waarmee in ieder geval soft- en harddrugs worden bedoeld.

4.4.6 Ongeval in/met luchtvaartuig

Er is geen recht op uitkering voor een ongeval dat verzekerde is overkomen:

- als bemanningslid in een luchtvaartuig;
- als passagier in een luchtvaartuig als de piloot niet in bezit is van een voor het betreffende luchtvaartuig vereiste brevet of;
- als amateurzweefvlieger als verzekerde niet in bezit is van een daarvoor geldig brevet.

4.4.7 Onjuiste geneeskundige behandeling zonder ongeval

De gevolgen van een onjuiste geneeskundige behandeling, die geen verband houden met een door verzekerde overkomen gedekt ongeval, vallen niet onder de dekking van deze verzekering.

4.4.8 Opzet

Er is geen recht op uitkering wanneer er sprake is van opzettelijk of roekeloos handelen door of met goedvinden van of door uitlokking door verzekeringnemer, verzekerde, begunstigde of bij de verzekering belanghebbende. Met opzettelijk of roekeloos handelen wordt ook bedoeld: (een poging tot) zelfmoord of zelfverminking.

4.4.9 Leeftijdsgrens

De dekking onder deze verzekering vervalt, zodra verzekerde de leeftijd van 85 jaar bereikt.

5. Verplichtingen na een ongeval

5.1 Aanmelding

Voor de onderstaande situaties geldt de navolgende verplichting tot aanmelden:

5.1.1 In geval van overlijden van verzekerde is verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht verzekeraar hiervan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 48 uur vóór de begrafenis of crematie in kennis te stellen.

5.1.2 In geval van ongevallen, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan, is/zijn verzekeringnemer en/of de tot uitkering gerechtigde verplicht verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, kennis te geven van het ongeval waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan.

5.2 Verplichtingen van de tot uitkering gerechtigde ingeval van overlijden

In geval van overlijden van verzekerde tengevolge van een ongeval is de tot uitkering gerechtigde verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

5.3 Verplichtingen van verzekerde na een ongeval

Verzekerde is verplicht om na een gedekt ongeval:

5.3.1 Zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;

5.3.2 Alles in het werk te stellen om zijn herstel te bevorderen en tenminste de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;

5.3.3 Zich te laten onderzoeken door een door verzekeraar aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting. De kosten van het onderzoek zijn voor rekening van verzekeraar;

5.3.4 Tijdig verzekeraar in kennis te stellen bij vertrek naar het buitenland;

5.3.5 Alle door verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan verzekeraar of aan de door hen aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

5.4 Verplichtingen van verzekeringnemer na een ongeval

Verzekeringnemer verplicht zich om na een ongeval conform het onderstaande te acteren.

5.4.1 Verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen bij het nakomen van de in art. 5.1, 5.2 en 5.3 genoemde verplichtingen.

Voor zover de verzekerde personen niet met name worden genoemd op het polisblad of in de bijzondere voorwaarden of bijlagen, kan verzekeraar van verzekeringnemer verlangen aan te tonen dat een persoon voor wie uitkering wordt gevraagd, ten tijde van het ongeval deel uitmaakte van de groep verzekerden zoals omschreven op het polisblad. Verzekeringnemer is verplicht verzekeraar toegang te geven tot zijn administratie.

5.4.2 Verzekeringnemer is voorts verplicht alle door verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan verzekeraar of aan de door hen aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

5.5 Niet-nakoming

De verzekering geeft geen dekking, indien verzekeringnemer, verzekerde of de tot uitkering gerechtigde één of meer van de in art. 5.1 tot en met 5.4 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van verzekeraar heeft geschaad.

Elk recht op uitkering vervalt, indien verzekeringnemer, verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde de genoemde verplichtingen niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt.

5.6 Verjaring

Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.

6. Vaststelling bij de uitkering van blijvende invaliditeit

6.1 Wijze van vaststelling

De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, is afhankelijk van het gegeven welk lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

6.2 Percentage van blijvende invaliditeit

In de volgende gevallen, respectievelijk bij volledig (functie)verlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van het voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag uitgekeerd:

- been tot in het heupgewricht	100%
- arm tot in het schoudergewricht	100%
- bij volledige verlamming	100%
- bij ongeneeslijke verstandverbijstering	100%
- bij verlies van het spraakvermogen	100%
- bij algeheel verlies van de centrale hersenfuncties (w.o. verlies van verstandelijke vermogens)	100%
- bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
- bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog	40%
- indien binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog, wordt bij het verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog uitgekeerd	60%
- bij algehele doofheid van beide oren	100%
- bij algehele doofheid van één oor	30%
- Indien binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor algehele doofheid van één oor, wordt bij het ontstaan van algehele doofheid van het andere oor uitgekeerd	70%
- oorschelp	5%
- bij algeheel functieverlies van:	
- reuk, tast en/of smaak	10%
- neus	10%
- de duim	30%
- de wijsvinger	20%
- een andere vinger	15%
- voet	65%
- hand	65%
- de grote teen	10%
- een andere teen	5%
- de bekkenring (incl. schaambeen)	15%
- de long	25%
- de milt	10%
- de nier	20%
- alvleesklier	70%
- voortplantingsorganen	35%
- de kauwfunctie	15%
- de onderkaak door chirurgische behandeling	30%
- de wervelkolom (incl. ruggenmerg)	100%

Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie) verlies van één of meer hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd.

- in geval van "postwhiplash syndroom"	8-15%
--	-------

6.3 Medisch onderzoek

De bepaling van het percentage (functie)verlies geschiedt door middel van een in Nederland te verrichten medisch onderzoek volgens objectieve maatstaven en wel overeenkomstig ten tijde van de vaststelling van het (functie)verlies laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.), aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse specialistenvereniging(en).

Bij de bepaling van het percentage (functie)verlies zal geen rekening worden gehouden met eventuele toekomstige verbetering of verslechtering.

6.4 Uitzonderingen

In de gevallen, die niet in art. 6.2 genoemd worden, wordt uitgekeerd het percentage van het verzekerde bedrag dat gelijk is aan:

- de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert of
- de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is zijn beroep uit te oefenen.

Het bepalen van de mate van ongeschiktheid om het beroep uit te oefenen, geschiedt door middel van een onderzoek door een arbeidsdeskundige die door verzekeraar wordt aangewezen. Deze zal diens onderzoek verrichten op basis van het door de medisch adviseur van verzekeraar opgesteld belastbaarheidpatroon.

Op basis van beide vorengenoemde percentages zal het hoogste bedrag worden uitgekeerd.

6.5 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op basis van het (functie)verlies zonder rekening te houden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen.

Indien inwendig kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen geringere (functie)verlies wel rekening gehouden.

6.6 Termijn voor de vaststelling van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een medische eindtoestand kan worden gesproken, doch in ieder geval binnen 3 jaar na melding van het ongeval, tenzij tussen verzekerde en verzekeraar anders wordt overeengekomen.

6.7 Rentevergoeding

Indien 1 jaar na melding van het ongeval de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, vergoedt verzekeraar over het uit te keren bedrag de enkelvoudige wettelijke rente vanaf de 366e dag na melding van het ongeval. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

6.8 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

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

6.8.2 De beperking genoemd in art. 6.8.1 is niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor verzekeraar reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

6.8.3 Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, zijn de gevolgen van deze verergering niet onder deze verzekering gedekt.

6.8.4 Indien door een ongeval reeds bestaande blijvende invaliditeit wordt vergroot, wordt als grondslag voor de uitkeringen aangehouden een percentage evenredig aan het verschil in de graad van invaliditeit vóór en na het ongeval. De vaststelling van dit percentage geschiedt overigens met inachtneming van het bepaalde in art. 6.1 t/m 6.5

6.9 Maximum uitkeringen

6.9.1 Terzake van blijvende invaliditeit als gevolg van één of meerdere ongevallen zal het uitkeringspercentage nooit meer dan 100% bedragen.

6.9.2 Indien bij dezelfde gebeurtenis meer verzekerden door een ongeval zijn getroffen, geldt voor alle getroffen samen het op het polisblad vermelde maximum verzekerde bedrag per gebeurtenis. In dat geval worden de verzekerde bedragen per persoon zo nodig naar evenredigheid verlaagd.

7. Begunstigde

Tenzij anders is overeengekomen geschiedt de uitkering:

- In geval van overlijden van verzekerde aan diens echtgeno(o)t(e) en bij ontbreken van deze, aan de wettige erfgenamen van verzekerde en bij ontstentenis daarvan aan hun rechtverkrijgenden;
- In geval van blijvende invaliditeit aan verzekerde, doch voor minderjarigen aan de (pleeg)ouders.

De Staat der Nederlanden dan wel de overheid van enig ander land kan nimmer als de tot uitkering gerechtigde optreden.

8. De premie

8.1 Premiebetaling

Verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen, uiterlijk op de 30ste dag nadat zij verschuldigd worden.

8.2 Wanbetaling

8.2.1 Indien verzekeringnemer de premie niet uiterlijk op de 30ste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt, zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist, geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.

8.2.2 Verzekeringnemer blijft gehouden de premie te voldoen.

8.2.3 De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.

8.3 Terugbetaling van premie

Bij beëindiging van de verzekering anders dan bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, betaalt verzekeraar de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is, terug. Op het terug te betalen bedrag worden administratiekosten in mindering gebracht.

8.4 Premieberekening

8.4.1 De op het polisblad vermelde premie is een voorlopige premie. Verzekeringnemer is verplicht binnen 6 maanden na afloop van ieder verzekeringsjaar de benodigde gegevens te verstrekken ter berekening van de definitieve premie voor het verstreken verzekeringsjaar. Deze gegevens dienen tevens ter bepaling van de voorlopige premie voor het dan aangevangen verzekeringsjaar.

8.4.2 Indien verzekeringsnemer de in art. 8.4.1. genoemde gegevens niet of niet tijdig verstrekt, is verzekeraar gerechtigd de definitieve premie vast te stellen op ten minste 150% van de voorschotpremie.

9. Wijziging van premie en/of voorwaarden

9.1 En bloc wijziging

Verzekeraar heeft het recht de premies 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 de 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 de termijn in de mededeling genoemd schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de mededeling door verzekeraar is genoemd, maar niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van de mededeling.

9.2 Wijziging aantal verzekerden

Indien bij het vaststellen van het tarief en/of de voorwaarden is uitgegaan van het door verzekeringnemer opgegeven aantal verzekerden en vervolgens sprake is van een verlaging van dit aantal, heeft verzekeraar het recht het tarief en/of de voorwaarden aan te passen.

9.3 Uitzonderingen

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet, indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit art. 9.2.

10. Wijziging van het risico

10.1 Termijn

Wijziging van beroep, bedrijf of werkzaamheden van verzekerde en/of verzekeringnemer dient binnen 30 dagen na de wijziging schriftelijk aan verzekeraar te worden medegedeeld.

10.2 Gevolgen wijziging

Indien deze wijziging naar het oordeel van verzekeraar:

10.2.1 Geen verzwaring dan wel een vermindering van het risico inhoudt, blijft de verzekering ongewijzigd van kracht, eventueel tegen een lagere premie;

10.2.2 Een aanvaardbare verzwarende van het risico inhoudt, blijft de verzekering van kracht tegen een dienovereenkomstig verhoogde premie, waarbij ook andere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Verzekeringnemer heeft het recht binnen de termijn van 60 dagen na ontvangst van de mededeling van verzekeraar daaromtrent, tegen die aanpassing bezwaar aan te tekenen, in welk geval de verzekering wordt beëindigd aan het einde van de genoemde termijn;

10.2.3 Een onaanvaardbare verzwarende van het risico inhoudt, heeft verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van ten minste 2 maanden.

10.3 Beroepsongevallen binnen termijn

Voor beroepsongevallen die plaatsvinden in een periode waarin een aanvaardbare wijziging van het risico gemeld had moeten worden conform art. 10.1, vindt uitkering plaats in verhouding van de oude tot de nieuwe verschuldigde premie. Indien de verzwarende van het risico niet aanvaardbaar is voor verzekeraar, bestaat slechts recht op uitkering voor niet-beroepsongevallen.

11. Duur en einde van de verzekering

11.1 Verzekering voor bepaalde tijd

Wanneer de verzekering voor een bepaalde periode is gesloten, loopt zij aan het einde van die periode stilzwijgend af, tenzij partijen anders overeenkomen.

11.2 Verzekering voor onbepaalde tijd

Wanneer de verzekering met het beding van automatische verlenging is gesloten, wordt zij stilzwijgend verlengd met de op het polisblad of laatst afgegeven polisaanhangsel genoemde termijn, tenzij opzegging heeft plaatsgevonden overeenkomstig art. 11.3.

11.3 Opzegtermijn

Verzekeraar en verzekeringnemer zijn bevoegd de verzekering per contractsvervalldag schriftelijk op te zeggen, mits daarbij een opzegtermijn van ten minste 2 maanden in acht wordt genomen.

11.4 Beëindiging van de verzekering

De verzekering eindigt voorts:

11.4.1 Door een schriftelijke opzegging van de verzekeraar:

- wanneer verzekeringnemer langer dan 3 maanden in verzuim is premie en/of kosten te betalen;
- wanneer door of namens verzekeringnemer, verzekerde of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken met betrekking tot het verzekerde risico dan wel tot het verzekerde overkomen ongeval is gegeven.

In bovenstaande gevallen eindigt de verzekering op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. Verzekeraar zal in geval van verzuim een opzegtermijn van tenminste 2 maanden in acht nemen.

11.4.2 Automatisch ten aanzien van de betrokken verzekerde:

- zodra verzekerde ophoudt zijn domicilie in Nederland te hebben;
- bij eerder overlijden van verzekerde;
- bij het einde van het dienstverband met verzekeringnemer.

11.5 Molestdekking

De verzekeraar en verzekeringnemer kunnen elke molestdekking zoals omschreven in artikel 1.6. van deze voorwaarden en/of op de polis, opzeggen bij verwezenlijking van een dergelijk risico of bij dreiging van het ophanden zijn daarvan, met inachtneming van een termijn van zeven dagen.

12. Mededelingen

Verzekeraar en verzekeringnemer kunnen alle voor elkaar bestemde mededelingen rechtsgeldig aan de makelaar doen.

Alle mededelingen van de makelaar aan verzekeringnemer kunnen rechtsgeldig geschieden aan het laatste aan hem bekend gemaakte adres van de op het polisblad vermelde verzekeringnemer.

Waar is aangegeven dat mededelingen schriftelijk gedaan kunnen worden mag dit ook worden gelezen als 'per e-mail'.

13. Toepasselijk recht en geschillen

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing, tenzij anders vermeld op het polisblad.

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van verzekeraar. Wanneer de 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 te Den Haag.

14. Samenloop

Indien –zo deze verzekering niet bestond– aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van de kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, en/of op grond van enige wet of andere voorziening, zullen de kosten uitsluitend voor vergoeding onder deze verzekering in aanmerking komen voor zover zij het bedrag te boven gaan waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Een op een andere verzekering toepasselijk eigen risico zal nimmer onder deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

15. Bescherming Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze wordt door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, het uitvoeren van marketingactiviteiten, voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, statistische analyse en het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van de cliënt en de financiële instelling bij de verwerking van persoonsgegevens weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars (www.verzekeraars.nl) of opvragen bij het

- Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: 070 – 3338500.

Voor meer informatie zie: <https://www.benelux.zurich.com/en/services/privacy>.

16. Sanctieclausule

Onverminderd de bij deze polis behorende voorwaarden en clausules zullen verzekeraars niet gehouden zijn enige betaling te verrichten, nog enige dienst te verlenen en/of ander voordeel te verschaffen aan enige verzekerde of een andere partij indien de bedrijfsactiviteiten van enige verzekerde of zulks een betaling, dienst en/of voordeel enige schending van een economische handelswet-, sanctiewet-, en/of regelgeving inhoudt.

17. Clausule terrorismedekking

Bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT)

1 ARTIKEL 1

Begripsomschrijvingen

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2.1 Kwaadwillige besmetting:

Het buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden

- al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen:

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

a) Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

b) Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

c) Overeenkomsten van natura uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-, uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2 ARTIKEL 2

Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen.

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals

bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3 ARTIKEL 3
 Uitkeringsprotocol NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van deze clause wordt beschouwd.