VOORWAARDEN
Collectieve Ongevallenverzekering
(VOC 2013-02)

Deze overeenkomst voldoet 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.

Artikel 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 Jaarinkomen
Het jaarloon (fiscaal loon), dat over een periode van twaalf maanden onmiddellijk aan het ongeval voorafgaande aan de verzekerde werd uitgekeerd. Vergoedingen e.d. welke niet door de werkgever aan de fiscus werden resp. worden opgegeven, komen voor de berekening van de premie en de uitkering niet in aanmerking. Het maximaal verzekerde jaarloon bedraagt per persoon € 100.000,-. Indien in de bedoelde periode van twaalf maanden geen volledig dienstverband heeft bestaan, zal het jaarloon op pro rata basis worden herleid alsof het dienstverband gedurende bedoelde periode wel had bestaan.

1.6 Ongeval
1.6.1 Het gevolg van een geweld dat plotseling en onverwacht van buiten af op het lichaam inwerkt en dat rechtstreeks lichamelijk letsel veroorzaakt. De aard en de plaats van het letsel moeten wel geneeskundig zijn vast te stellen. Het geweld moet tijdens de geldigheidsduur van de verzekering plaatsvinden.
1.6.2 Als ongeval in de zin van deze voorwaarden worden mede verstaan de volgende, in betrekkelijk korte tijd ontstane, letsels:
a. 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;
b. 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 of dier;
c. 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;
d. verstuiking, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;

e. verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte;
f. wondinfectie, bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen ontstaan door een gedekt ongeval;
g. complicaties of verergering van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van eerstehulpverlening of van geneeskundige behandeling;
h. zonnebrand, uitputting, verhongering en verdorsting als gevolg van het onvrijwillig geïsoleerd raken zoals door schipbreuk, noodlanding, instorting, natuurramp, watersnood, insneeuwing, invriezing, aardbeving alsmede het dichtvallen van een kluisdeur.

1.7 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 tengevolge 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.

1.8 Verzekeraar
Achmea Schadeverzekering N.V. handelend onder de naam Avéro Achmea alsmede indien van toepassing andere risicodragers, dan wel de gevolmachtigde die namens de verzekeringsmaatschappij heeft ondertekend.

1.9 Verzekerde
Elke werknemer, die in dienst is van de verzekeringnemer en ten tijde van het ongeval voorkomt op de loonlijst.

1.10 Verzekeringnemer
De natuurlijke of rechtspersoon die de verzekering is aangegaan.

1.11 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.

1.12 Verzekeringsjaar
Een periode van twaalf maanden vanaf de hoofdpremievervaldatum en elke aansluitende periode van gelijke duur. Als de periode vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot de hoofdpremievervaldatum of vanaf de hoofdpremievervaldatum 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.

Artikel 2 Omschrijving van de dekking

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

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

2.3 Maximale uitkeringen
2.3.1 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 verzekerde bedrag niet te boven gaan.

2.3.2 Maximale uitkering per gebeurtenis
Indien bij dezelfde gebeurtenis meer verzekerden door een ongeval zijn getroffen, geldt voor alle getroffenen tezamen als maximum verzekerd bedrag € 3.000.000,-. In dat geval worden de verzekerde bedragen per persoon zo nodig naar evenredigheid verminderd.

2.4 Begunstiging
De begunstigden in de zin van de polis zijn:
2.4.1 voor een uitkering krachtens de dekking voor overlijden:
2.4.1.1 de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde, de geregistreerde partner of degene met wie de verzekerde duurzaam samenleeft;
2.4.1.2 bij ontbreken van de in 2.4.1.1 bedoelde begunstigde de wettelijke erfgenamen van de verzekerde met uitzondering van de Staat der Nederlanden;
2.4.2 voor een uitkering krachtens blijvende invaliditeit de verzekerde zelf.

Artikel 3 Verzekeringsgebied
De verzekering is geldig in de gehele wereld.

Artikel 4 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 of verzekerde jaarinkomen van de betrokken verzekerde 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.

Artikel 5 Dekking blijvende invaliditeit
5.1 Grondslag uitkering
In geval van blijvende invaliditeit keert de verzekeraar maximaal het voor de verzekerde van toepassing zijnde verzekerd bedrag of verzekerd jaarinkomen uit overeenkomstig de op het polisblad vermelde grondslag van de uitkering. Indien functionele invaliditeit is vermeld wordt de uitkering gebaseerd op de bepalingen in 5.3. Bij vermelding van arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering vastgesteld overeenkomstig de bepalingen in 5.11.

5.2 Keuze van uitkering
Indien 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.

5.3 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.

<u>Gliedertaxe</u>

Bij volledig (functie-)verlies van Hoofd:	Uitkeringspercentage
Beide ogen	100
Een oog	50
Het gehele gehoorvermogen	60
Het gehoorvermogen van een oor	25

Een oorschelp	5
Het spraakvermogen	50
De reuk of smaak	10
De neus	10
Een natuurlijk blijvend gebitselement	1

Inwendig orgaan:	
De milt	10
Een nier	20
Een long	30

Ledematen:	
Beide armen	100
Beide handen	100
Beide benen	100
Beide voeten	85
Een arm of hand en een been of voet	100
Arm in het schoudergewricht	80
Arm in het ellebooggewricht	75
Hand in polsgewricht	70
Een duim	25
Een wijsvinger	15
Een middelvinger	12
Een van de overige vinger	10
Een been of voet	70
Een grote teen	10
Een van de andere tenen	5

5.4 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.

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

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

5.7 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.

5.8 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.

5.9 Eerder overlijden tengevolge 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.

5.10 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 ten tijde van het ongeval al in het buitenland verbleef. Een verzekerde dient in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug)

te komen ter vaststelling van de definitieve mate van invaliditeit. Voldoet een verzekerde hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

5.11 Arbeidsongeschiktheid

5.11.1 Vaststelling van arbeidsongeschiktheid

5.11.1.1 De aanwezigheid en de mate van arbeidsongeschiktheid bij een verzekerde wordt door ons vastgesteld in overleg met en eventueel na onderzoek door één of meerdere door ons aan te wijzen deskundige(n).

5.11.1.2 Bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt de door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid buiten beschouwing gelaten.

5.11.1.3 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 arbeidongeschiktheid nog aan inkomsten zou kunnen verwerven.

5.11.2 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.

5.11.3 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.

5.11.4 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 ons vast te stellen bijdrage in deze kosten leveren.

5.12 Beslissing en uitkering

5.12.1 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.

5.12.2 Uitstel beslissing

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

5.12.3 Wettelijke rente

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

5.12.4 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.

5.12.5 Wijziging van blijvende invaliditeit
Als de verzekeraar blijvende invaliditeit 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.

Artikel 6 Uitsluitingen en beperkingen

6.1 De verzekeraar is niet tot uitkering verplicht voor ongevallen die ontstaan of bevorderd zijn of waarvan de gevolgen verergerd zijn door:
6.1.1 overmatig gebruik van alcohol door de verzekerde, of door gebruik door de verzekerde van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder soft- en harddrugs zijn begrepen, tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing heeft gehouden. Hiermee wordt gelijkgesteld het weigeren van de verzekerde om mee te werken aan een bloed-, adem- of urinetest;
6.1.2 gebruik van alcohol door de verzekerde, of door gebruik door de verzekerde van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder soft- en harddrugs zijn begrepen waarbij verzekerde als bestuurder betrokken is.
Deze uitsluiting geldt als verzekerde dusdanig onder invloed is dat hij niet in staat kon worden geacht het voer- of vaartuig naar behoren te besturen, dan wel dat dit hem door de wet of overheid is of zou zijn verboden. Als de bestuurder een ademtest, urinetest of bloedproef weigert, staat dat gelijk aan het bepaalde in de vorige zin;
6.1.3 een gepleegd misdrijf door verzekerde of een poging daartoe.
Verder bestaat geen recht op uitkering voor ongevallen:
6.1.4 ontstaan bij het door de verzekerde beoefenen van een sport waarvoor enige betaling wordt ontvangen;
6.1.5 met als uitsluitend gevolg spit, hernia, peesschedeontsteking of zweepslag;
6.1.6 met als gevolg een allergische reactie, infectie of besmetting door ziektekiemen anders dan in de begripsomschrijvingen onder 1.6.2.b bedoeld;
6.1.7 bij het trainen voor, het oefenen voor of het deelnemen aan wedstrijden of rally´s met motorrijtuigen of motorvaartuigen, waarbij de snelheid een overwegende factor uitmaakt.
6.1.8 ontstaan, toegenomen of verergerd door opzet of roekeloosheid van een verzekerde of van iemand anders die belang heeft bij de uitkering.
6.1.9 Handels- en/of economische sancties

1. De maatschappij verleent geen uitkering voor schade aan en/of verlies van zaken waarin op grond van nationale of internationale regelgeving niet mag worden gehandeld.
2. Van de verzekering zijn uitgesloten de (financiële) belangen van personen, ondernemingen, overheden en andere entiteiten voor wie geldt dat het verzekeraars op grond van nationale of internationale regelgeving niet is toegestaan die belangen te verzekeren.

6.2 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.

6.3 Terrorismebeperking
De verzekeraar heeft zich voor het terrorismerisico herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT).

<u>Beperkte schadevergoeding</u>
Bij schade als gevolg van gebeurtenissen die (direct of indirect) verband houden met:

- terrorisme of preventieve maatregelen;
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme of preventieve maatregelen;
geldt dat de schadevergoeding kan worden beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ontvangt van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT). Het Protocol afwikkeling claims bij terrorismeschaden is van toepassing. De NHT beslist of er sprake is van een terrorismeschade. Op vergoeding kan niet eerder aanspraak worden gemaakt dan na deze beslissing en de bekendmaking van het bedrag van de vergoeding.

Verval van rechten bij niet-tijdige melding
In afwijking van hetgeen elders in de voorwaarden is bepaald, vervalt elk recht op schadevergoeding of uitkering als de melding van de claim niet is gedaan binnen twee jaar nadat de NHT heeft beslist of er sprake is van een terrorismeschade.

De volledige tekst van het Protocol afwikkeling claims en de toelichting Protocol afwikkeling claims staat op de website www.terrorismeverzekerd.nl of kan worden opgevraagd bij de verzekeraar of de verzekeringsadviseur.

Artikel 7 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

7.1 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.

7.2 Eerder ongeval
De beperking in 7.1 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.

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

7.4 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.

Artikel 8 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.

Artikel 9 Verplichtingen na een ongeval

9.1 Verplichtingen van de verzekeringnemer
9.1.1 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:
9.1.1.1 de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van een ongeval;
9.1.1.2. de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaam- of geestesgesteldheid zijn vergroot;
9.1.1.3 in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts zijn opgevolgd.

9.1.2 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.

9.2 Verplichtingen van verzekerde
De betrokken verzekerde is verplicht om:
9.2.1 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;
9.2.2 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;
9.2.3 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;
9.2.4 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 ongevalgevolgen alle inlichtingen te verstrekken; waar dit medische gegevens betreft zal de verzekeraar een geneeskundige aanwijzen;
9.2.5 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;
9.2.6 de verzekeraar direct van zijn geheel of gedeeltelijk herstel in kennis te stellen, als dat van invloed is op een uitkering volgens deze verzekering.

9.3 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.

Artikel 10 Inhoudingen
De uitkering wordt verminderd met het bedrag dat de verzekeraar als gevolg van wettelijke voorschriften moet inhouden.

Artikel 11 Naverrekening
11.1 Voorschotpremie
Jaarlijks wordt een voorlopige premie als voorschotpremie berekend aan de hand van de bij de verzekeraar bekende gegevens. Zodra het definitieve jaarloon per 31 december van ieder jaar bekend is, zal de verzekeraar de definitieve premie over dat betreffende verzekeringsjaar in rekening brengen onder aftrek van de voorschotpremie.

11.2 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.

11.3 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.

Artikel 12 Beëindiging van dekking voor verzekerde
In aanvulling op het bepaalde in artikel 17 eindigt de dekking voor een verzekerde ook per de datum dat:
12.1 de verzekerde niet meer op de loonlijst voorkomt;
12.2 de verzekerde de leeftijd van 65 jaar bereikt;
12.3 op basis van de dekking blijvende invaliditeit (rubriek B) de mate van invaliditeit voor de verzekerde op 100% is vastgesteld.

Artikel 13 Schaderegeling en verplichtingen

13.1 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.
13.2 De verzekeraar is niet verplicht tot schadevergoeding of uitkering voordat hij alle noodzakelijke gegevens over de schade heeft ontvangen.

13.3 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 schadeaangifteformulier.
Verder dient een verzekerde de verzekeraar of de verzekeringsadviseur alle schriftelijke stukken en andere gegevens te verstrekken die op de gebeurtenis betrekking hebben.

13.4 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.

13.5 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.

13.6 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.

13.7 Verlies of verval van dekking
13.7.1 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.

13.7.2 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:
13.7.2.1 de onderzoekskosten en de eventueel reeds uitgekeerde bedragen terug te vorderen;
13.7.2.2 de poging tot misleiding te registreren in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
13.7.2.3 aangifte te doen bij de politie.

13.7.3 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.

13.7.4 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 gaat een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar lopen.

Artikel 14 Medische geschillen

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

14.2 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.

Artikel 15 Premiebetaling

15.1 Verplichting tot premiebetaling
De premie waaronder tevens de kosten en eventuele assurantiebelasting worden verstaan, dient vooruitbetaald te worden binnen dertig dagen nadat deze bedragen verschuldigd zijn.

15.2 Gevolgen van wanbetaling
15.2.1 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.
15.2.2 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.
15.2.3 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.
15.2.4 Indien de dekking is opgeschort blijft de premiebetalingsverplichting onverkort van kracht.

15.3 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.

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

15.5 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.

15.6 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 terug betaald.

15.7 Automatische incasso
Betaalt u de periodiek verschuldigde premie voor uw verzekering, inclusief eventuele kosten en assurantiebelasting, via automatische afschrijving?
Bij de jaarlijkse verlenging van de verzekering streeft de gevolmachtigde, respectievelijk de verzekeringsadviseur, er naar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u te versturen.
Bij het afsluiten van een nieuwe verzekering of bij een tussentijdse wijziging op uw polis kan het voorkomen dat dit bericht minder dan 14 dagen van tevoren aan u wordt verzonden.

Artikel 16 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.

Artikel 17 Duur en einde van de verzekering

17.1 Begin en einde van de verzekering zijn beide om 0:00 uur, tenzij anders overeengekomen is in het polisblad.
17.2 Contractduur en verlenging
De contractduur van de verzekering staat vermeld op het polisblad. Aan het einde van de contractduur wordt de verzekering telkens stilzwijgend voor 12 maanden verlengd.

17.3 Opzegging door verzekeringnemer
De verzekering kan worden opgezegd tegen het einde van de contractduur. Na afloop van de eerste contractduur kan de verzekering dagelijks worden opgezegd, tenzij vooraf voor de volgende periode een langere contractduur dan 12 maanden is overeengekomen. In dat geval kan de verzekering worden opgezegd tegen het einde van de overeengekomen contractduur. Een opzegging is uitsluitend geldig na een schriftelijke mededeling en met in acht name van een opzegtermijn van minimaal één maand.
17.4 De verzekering eindigt:
a. na opzegging als genoemd in artikel 17.3;
b. na opzegging door verzekeringnemer op grond van artikel 16 met ingang van de datum waarop de nieuwe premies en/of voorwaarden van kracht zouden zijn geworden;
c. met ingang van de datum van beëindiging van de activiteiten van verzekeringnemer of met ingang van de datum waarop aan verzekeringnemer (voorlopige) surseance van betaling wordt verleend, zijn faillissement wordt uitgesproken, of een verzoek tot wettelijke schuldsanering wordt ingediend. Verzekeringnemer dient de maatschappij hiervan terstond schriftelijk in kennis te stellen.

17.5 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:
17.5.1 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;
17.5.2 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;
17.5.3 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;
17.5.4 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;
17.5.5 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.

17.6 Beëindiging zonder opzegging
Zonder dat een opzegging nodig is eindigt de verzekering zodra:
17.6.1 de verzekeringnemer de woon- of vestigingsplaats niet langer in Nederland heeft.
17.6.2 er geen verzekerd belang meer aanwezig is.

Artikel 18 Adres
Door de verzekeraar wordt rechtsgeldig een kennisgeving gedaan indien deze wordt verstuurd aan het laatst door de verzekeringnemer bekend gemaakt adres.

Artikel 19 Persoonsgegevens
19.1 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.

19.2 Recht van verzet
Een verzekerde die geen prijs stekt 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.

19.3 CIS
In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de verzekeraar de gegevens van de verzekeringnemer raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist 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.

Artikel 20 Toepasselijk recht en geschillen
20.1 Toepasselijk recht
Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing.

20.2 Intern klachtenbureau
Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kan een verzekerde zich schriftelijk wenden tot de directie van de verzekeraar.

20.3 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.

20.4 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.