

MO140-03

ONGEVALLLENVERZEKERING

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Inhoudsopgave

| | | |
|------|--|----|
| 1 | Begripsomschrijvingen | 3 |
| 1.1 | Verzekeringnemer..... | 3 |
| 1.2 | Verzekerde..... | 3 |
| 1.3 | Begunstigde(n)..... | 3 |
| 1.4 | Partner | 3 |
| 1.5 | Kinderen..... | 3 |
| 1.6 | Verzekeraars..... | 3 |
| 1.7 | Aon..... | 3 |
| 1.8 | Ongeval..... | 3 |
| 1.9 | Uitbreiding begrip ongeval..... | 4 |
| 1.10 | Gebeurtenis..... | 4 |
| 1.11 | Blijvende invaliditeit..... | 5 |
| 1.12 | Verlies van een ledemaat..... | 5 |
| 1.13 | Verlies van het zicht | 5 |
| 1.14 | Verzekerd jaarsalaris..... | 5 |
| 1.15 | Ziekenhuis..... | 5 |
| 1.16 | Arts..... | 5 |
| 1.17 | Molest..... | 5 |
| 1.18 | Geld en geldswaarden | 6 |
| 1.19 | Atoomkernreactie | 6 |
| 2 | Uitkeringen en/of Vergoedingen | 6 |
| 2.1 | Uitkering in geval van overlijden..... | 6 |
| 2.2 | Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit | 6 |
| 2.3 | Uitkeringen en/of Vergoedingen aan verzekerde(n) | 8 |
| 2.4 | Uitkeringen en/of Vergoedingen aan verzekeringnemer | 13 |
| 2.5 | Overige Uitkeringen en/of Vergoedingen | 15 |
| 2.6 | Uitkeringen en/of Vergoedingen op basis van jaarsalaris..... | 16 |
| 2.7 | Rentevergoeding | 16 |
| 2.8 | Cumulatielimiet..... | 16 |
| 2.9 | Secundaire dekking..... | 16 |
| 2.10 | Bereddingskosten | 17 |
| 3 | Uitsluitingen en beperkingen | 17 |
| 3.1 | Uitsluitingen..... | 17 |
| 3.2 | Leeftijd 85 jaar..... | 18 |
| 3.3 | Dekking molest..... | 18 |
| 3.4 | Bepaling inzake uitsluitingen in verband met sancties | 18 |
| 3.5 | Atoomkernreactie | 18 |
| 4 | Verplichtingen na een ongeval | 18 |
| 4.1 | Verplichting in geval van overlijden | 18 |
| 4.2 | Verplichtingen anders dan bij overlijden..... | 18 |
| 4.3 | Algemene verplichtingen | 19 |
| 4.4 | Kosten..... | 19 |
| 4.5 | Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen..... | 19 |
| 4.6 | Verjaring..... | 19 |
| 5 | Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen..... | 20 |

Aon Risk Solutions

Health & Benefits | Corporate Wellness

| | | |
|-----|---|----|
| 6 | Afstand van regresrechten | 20 |
| 7 | Betalingsverkeer | 20 |
| 7.1 | Premie..... | 20 |
| 7.2 | Schade..... | 20 |
| 7.3 | Tussentijdse beëindiging bij niet betalen van de premie | 21 |
| 7.4 | Verruiming begrip verzekeringnemer | 21 |
| 8 | Wijziging begunstiging..... | 21 |
| 9 | Betaling | 21 |
| 10 | Mededelingen..... | 21 |
| 11 | Duur van de verzekering | 22 |
| 12 | Oversluiting | 22 |
| 13 | Premieverrekening | 22 |
| 14 | Aanpassing van premie en/of voorwaarden | 23 |
| 15 | Geschillen | 23 |
| 16 | Privacy | 23 |
| 17 | Klachtenregeling | 23 |

MO140-03 ONGEVALLenVERZEKERING

Het bepaalde in artikel 7:928 lid 3 Burgerlijk Wetboek (hierna te noemen BW) is niet van toepassing op de mededelingsplicht van verzekeringnemer bij het sluiten van de onderhavige verzekering.

1 Begripsomschrijvingen

Ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeringnemer

Verzekeringnemer is degene die de verzekering met verzekeraars is aangegaan.

1.2 Verzekerde

Verzekerde is een natuurlijk persoon op wiens lichaam de verzekering is gesloten.

1.3 Begunstigde(n)

1.3.1 Begunstigde(n) is/zijn degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.

1.3.2 Tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen treedt als begunstigde op:

- In geval van overlijden de partner van verzekerde, dan wel bij ontbreken van deze de wettige erfgename(n);
- in alle andere gevallen: verzekerde.

De Staat der Nederlanden of enige andere overheid kan nooit als begunstigde optreden.

1.4 Partner

De echtgeno(o)t(e), geregistreerde partner of degene met wie verzekerde ten minste een half jaar duurzaam samenwoont ten tijde van het ongeval.

1.5 Kinderen

De ongehuwde kinderen en/of stiefkinderen van verzekerde, jonger dan 27 jaar, die thuiswonend of in verband met studie uitwonend zijn.

1.6 Verzekeraars

Verzekeraars zijn degenen die gezamenlijk het verzekerde risico dragen, ieder voor het door of namens hen getekende aandeel.

1.7 Aon

Aon is het onderdeel van de Aon organisatie dat heeft bemiddeld bij de totstandkoming van de verzekering en/of betrokken is bij de uitvoering van deze overeenkomst.

1.8 Ongeval

1.8.1 Onder ongeval wordt verstaan een tijdens de duur van deze verzekering van buiten komende, plotseling en rechtstreeks op de verzekerde inwerkende gewelddadige gebeurtenis waardoor verzekerde medisch vast te stellen letsel aan zijn lichaam en/of geest oploopt of waardoor verzekerde overlijdt.

1.8.2 Ongevallen ten gevolge van ziekte, gebrek of een abnormale lichamelijke of geestelijke gesteldheid zijn inbegrepen, behoudens het bepaalde in art. 3.1.2.

1.9 Uitbreiding begrip ongeval

De volgende gebeurtenissen worden gelijkgesteld met ongeval:

1.9.1 het ongewild in aanraking komen met of in het lichaam van verzekerde geraken van:

1.9.1.1 ziektekiemen en/of allergenen zich bevindende in of aan een onder art. 1.9.2 bedoelde stof of voorwerp;

1.9.1.2 ziektekiemen en/of allergenen in ten gevolge van een ongeval ontstaan letsel;

1.9.2 acute vergiftiging door het ongewild in aanraking komen met of in het lichaam van verzekerde geraken van een vloeibare, vaste, damp- of gasvormige stof en/of een voorwerp, met uitzondering van genees-, slaap-, genot-, verdovende en/of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;

1.9.3 inwendig letsel aan de ogen, als dit plotseling en ongewild van buitenaf wordt toegebracht;

1.9.4 complicaties en verergeringen waaronder begrepen wondinfectie en bloedvergiftiging optredende bij of ten gevolge van behandelingen van ongevalsletsel;

1.9.5 opzettelijk aan lichaam en/of geest van verzekerde toegebracht letsel door een ander dan verzekerde niet zijnde een begunstigde;

1.9.6 verstikking, verdrinking, zonnesteek, bevrozing, veretsing, verbranding, warmtestuwing, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontlading;

1.9.7 ontberingen door de verzekerde geleden ten gevolge van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;

1.9.8 verstuijing, verzwikking, verrekking, ontwrichting en/of verscheuring van spier- en/of peesweefsels, ligament of kapsel;

1.9.9 schurft, ziekte van Bang, mond- en klauwzeer, koepokken, trichophytie, miltvuur;

1.9.10 kinderverlamming voor zover overkomen aan een verzekerde jonger dan 18 jaar; ten minste 30 dagen na de totstandkoming van de verzekering ontstaan en voor zover de kinderverlamming leidt tot een blijvende invaliditeit van ten minste 25%;

1.9.11 ongevallen ontstaan tijdens rechtmatige zelfverdediging, alsmede redding of poging daartoe van zichzelf, anderen, dieren of zaken;

1.9.12 dieren- en insectenbeten, ziekte van Lyme;

1.9.13 lumbago (lendespit), peesschede ontsteking (tendovaginitis crepitans), zweepslag (coup de fouet), tennisarm (epicondylitis humeri), hernia mits geopereerd en ingewandsbreuk mits geopereerd.

1.10 Gebeurtenis

Een voorval of reeks met elkaar samenhangende voorvallen.

1.11 Blijvende invaliditeit

- 1.11.1 Het blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies of onbruikbaarheid van enig deel of orgaan van het lichaam (of gedeelte daarvan).
- 1.11.2 Van geestelijke blijvende invaliditeit kan uitsluitend sprake zijn in geval van een aan verzekerde zelf overkomen ongeval mits en voor zover de geestelijke blijvende invaliditeit medisch aantoonbaar het gevolg is van dit ongeval.

1.12 Verlies van een ledemaat

- 1.12.1 In het geval van een been of onderste ledemaat:
- verlies door blijvende lichamelijke scheiding aan of boven de enkel, of
 - blijvend en volledig verlies van het gebruik van een complete voet of een compleet been.
- 1.12.2 In het geval van een arm of bovenste ledemaat:
- verlies door blijvende lichamelijke scheiding van de vier vingers aan of boven de meta-carpo-phalangeal gewrichten (waar de vingers met de handpalm samenkomen), of
 - blijven en totaal verlies van een complete arm of hand.

1.13 Verlies van het zicht

Het blijvend en volledig verlies van gezichtsvermogen: a) van beide ogen, alsmede b) in één oog wanneer de zichtgraad na correctie 1/20 of minder is op de Snellen Schaal.

1.14 Verzekerd jaarsalaris

Onder het verzekerd jaarsalaris wordt verstaan het voor de loonbelasting belastbaar loon, tenzij anders in de polis is overeengekomen.

1.15 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 rusthuis, bejaardenhuis 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.

1.16 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.

1.17 Molest

Buitengewone omstandigheden als gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. 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 gedeponereerd en die als zodanig deel uitmaakt van deze verzekering.

1.18 **Geld en geldswaarden**

Munten, bankbiljetten, waardepapieren, bankwissels, fondsen, kredietbrieven, maaltijdbonnen, bankkaarten, telefoonkaarten, post- of geldbewijzen, reischeques, vervoersbewijzen, benzine- of andere bonnen met een monetaire waarde of creditvouchers die in het bezit, het beheer of onder het toezicht staan van verzekerde en slechts bedoeld zijn voor reizen, maaltijden, accommodatie en persoonlijke uitgaven.

1.19 **Atoomkernreactie**

Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit, radioactieve straling.

2 **Uitkeringen en/of Vergoedingen**

2.1 **Uitkering in geval van overlijden**

2.1.1 Indien verzekerde is overleden ten gevolge van een ongeval wordt onder deze verzekering de op het tijdstip van het ongeval verzekerde bedrag voor overlijden uitgekeerd.

2.1.2 Is de verzekerde verdwenen en wordt zijn lichaam niet gevonden binnen 1 jaar na de datum waarop de verdwijning schriftelijk aan de verzekeraars is medegedeeld, dan wordt - mits met een redelijke mate van zekerheid wordt aangetoond dat verzekerde een ongeval overkwam ten gevolge waarvan hij is overleden - na het verstrijken van dat jaar het onder deze verzekering verzekerde bedrag voor overlijden uitgekeerd. Verzekeraars kunnen verlangen dat een verklaring van (een rechtsvermoeden van) overlijden, als bedoeld in artikel 1:412 e.v. BW wordt overlegd.

2.1.3 De in geval van overlijden uit te keren bedragen worden verminderd met de bedragen die ter zake van hetzelfde ongeval wegens blijvende invaliditeit (art. 2.2) onder deze verzekering zijn uitgekeerd, zulks tot ten hoogste het verzekerde bedrag voor overlijden.

2.2 **Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit**

2.2.1 Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk blijvend invalide is geworden ten gevolge van een ongeval wordt een percentage van het onder deze verzekering op het tijdstip van het ongeval verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit uitgekeerd.

Bij verlies of onbruikbaarheid van de hieronder genoemde gevallen gelden de daarbij vermelde percentages van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit:

- verlies van de verstandelijke vermogens 100%
- whiplash (post whiplash syndroom):
 - a. cervicaal (of lumbaal) acceleratie-/deceleratieletsel van de wervelkolom zonder objectief aantoonbare neurologische-/neuropsychologische uitvalsverschijnselen en/of objectief aantoonbare vestibulaire afwijkingen 0-8%
 - b. cervicaal acceleratie-/deceleratieletsel van de wervelkolom met neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen 8-15%
- verlies van zicht 100%

Aon Risk Solutions

Health & Benefits | Corporate Wellness

| | |
|---|-------|
| ▪ verlies van het zicht van één oog | 60% |
| ▪ de neus | 10% |
| ▪ de reuk | 10% |
| ▪ gehoorvermogen van beide oren | 100% |
| ▪ gehoorvermogen van één oor | 37,5% |
| ▪ oorschelp | 5% |
| ▪ het spraakvermogen | 100% |
| ▪ de onderkaak | 50% |
| ▪ de smaak | 10% |
| ▪ tenminste één ledemaat | 100% |
| ▪ duim | 30% |
| ▪ wijsvinger | 20% |
| ▪ iedere andere vinger | 15% |
| ▪ een grote teen | 15% |
| ▪ iedere andere teen | 7,5% |
| ▪ de functie van de alveesklier | 70% |
| ▪ de functie van een long | 35% |
| ▪ de functie van een nier | 20% |
| ▪ de functie van de milt | 10% |
| ▪ algehele incontinentie samengaande met impotentie | 100% |

2.2.2 Bij gedeeltelijk(e) verlies of onbruikbaarheid van de hierboven genoemde lichaamsdelen/functies wordt een evenredig deel van de genoemde percentages uitgekeerd.
Komt een lichaamsdeel of orgaan van dezelfde hoedanigheid zowel links als rechts voor dan worden beide tezamen genomen tot geen hoger percentage dan 100%.

2.2.3 Keuzeclausule

Voor alle niet in art. 2.2 genoemde gevallen worden twee percentages vastgesteld overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen:

2.2.3.1 één percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit van de verzekerde, zonder dat met zijn beroep (of met zijn werkzaamheden of hem passende arbeid) rekening wordt gehouden en;

2.2.3.2 één percentage aangevende de mate van blijvende ongeschiktheid van de verzekerde om passende arbeid te verrichten die in alle redelijkheid van hem geveerd zou mogen worden, gelet op zijn gebreken, krachten, bekwaamheden, opleiding en maatschappelijke positie. Op basis van het hoogste van de aldus vastgestelde percentages vindt vervolgens uitkering krachtens art. 2.2 plaats.

2.2.4 Maximum uitkering

Onder deze verzekering wordt ter zake van één en hetzelfde ongeval in geval van blijvende invaliditeit in totaal niet meer uitgekeerd dan het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit, onverminderd de elders in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende uitkeringen/of vergoedingen.

2.2.5 Bestaande invaliditeit

Indien ten gevolge van een ongeval de verzekerde overkomen de reeds aan hetzelfde lichaamsdeel of orgaan bestaande blijvende invaliditeit toeneemt, wordt de uitkering onder deze verzekering gebaseerd op het verschil tussen het percentage blijvende invaliditeit vóór en na het ongeval.

2.2.6 Vaststelling van de uitkering

2.2.6.1 De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen. Uitkering geschiedt zodra de blijvende invaliditeit van verzekerde definitief kan worden vastgesteld, hetgeen het geval is als redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de invaliditeitstoestand van de verzekerde vrijwel geen verandering meer zal komen. De definitieve vaststelling zal in ieder geval uiterlijk 3 jaar na de aangifte van het ongeval plaatsvinden. Bij het einde van deze driejaarstermijn, zal de mate van blijvende invaliditeit worden bepaald op basis van de alsdan bestaande invaliditeit. Indien de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, zullen uit nadien optredende wijzigingen geen aanspraken ontstaan op aanvullende uitkeringen, noch op terugvordering van reeds verrichte uitkeringen.

2.2.6.2 De blijvende invaliditeit wordt vastgesteld naar de toestand van het moment waarop de vaststelling geschiedt. Indien verzekerde, voordat de definitieve vaststelling van de blijvende invaliditeit heeft plaatsgevonden, overlijdt, anders dan ten gevolge van een ongeval, zullen de verzekeraars het bedrag uitkeren dat zij - naar redelijkerwijze te voorzien was - hadden moeten uitkeren op de in art. 2.2.6.1 bedoelde datum, indien verzekerde in leven was gebleven. Indien de vastgestelde definitieve uitkering lager is dan het bedrag van de voorschotbetaling zal het meerdere niet worden teruggevorderd of (met latere of andere uitkeringen) verrekend.

2.2.6.3 Indien verzekerde zijn domicilie in het buitenland heeft, hebben verzekeraars het recht de blijvende invaliditeit in Nederland te doen vaststellen. De hiermee gepaard gaande extra kosten komen voor rekening van verzekeringnemer.

2.3 **Uitkeringen en/of Vergoedingen aan verzekerde(n)**

2.3.1 Budget Medische kosten

2.3.1.1 Indien verzekerde ten gevolge van het hem overkomen ongeval medische kosten heeft gemaakt, vergoedt deze verzekering deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.

2.3.1.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van:

- kosten van plastische chirurgie ter verbetering of herstel van misvorming of ontsiering van het lichaam;
- kosten van psychologische bijstand en;

- overige medische kosten.

Kosten van tandheelkundige behandeling (waaronder begrepen aanschaffing, vervanging of reparatie van een prothese) vallen niet onder het Medisch Budget maar onder de dekking zoals omschreven in art. 2.3.2.

2.3.1.3 Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal EUR 20.000,- per verzekerde per gebeurtenis voor alle in art. 2.3.1.2 genoemde kosten tezamen.

2.3.1.4 De kosten moeten zijn gemaakt binnen 3 jaar na het ongeval.

2.3.1.5 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.

2.3.2 Kosten tandheelkundige behandeling

2.3.2.1 Indien verzekerde ten gevolge van het hem overkomen ongeval te zijnen laste kosten heeft gemaakt ter zake van een tandheelkundige behandeling door een arts, waaronder begrepen aanschaffing, vervanging of reparatie van een prothese, vergoeden verzekeraars deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.

2.3.2.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de in art. 2.3.2.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 5.000,- per verzekerde per ongeval.

2.3.2.3 De kosten moeten zijn gemaakt binnen 3 jaar na het ongeval.

2.3.2.4 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.

2.3.3 Persoonlijk Budget

2.3.3.1 Indien ten gevolge van het de verzekerde overkomen ongeval de in art. 2.3.3.2 omschreven kosten zijn gemaakt, vergoedt deze verzekering deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.

2.3.3.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van:

- de noodzakelijk gemaakte kosten van een door de overheid erkende gezinshulp/thuiszorg in het huishouden van verzekerde;
- de in redelijkheid gemaakte kosten voor erkende kinderopvang voor elk inwonend kind beneden de 5 jaar voor een maximale periode van 26 weken. Deze kosten worden vergoed aan verzekerde, dan wel in geval van overlijden van verzekerde ten gevolge van het ongeval in afwijking van bepaalde in art. 1.3.2 aan de voogd/verzorger van het kind/de kinderen;
- in geval van blijvende invaliditeit van meer dan 25%, de kosten van de aanpassingen die noodzakelijk zijn in de woning en aan de personenauto van verzekerde zodat hij zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren;

- de door verzekerde of de partner of kinderen van verzekerde in redelijkheid gemaakte reiskosten zoals vervoer per taxi of chauffeur voor rechtstreeks reizen van en naar de werklocatie van verzekerde of van of naar het ziekenhuis of een andere medische instelling waar verzekerde noodzakelijke behandelingen dient te ondergaan, voor een maximale duur van 52 weken. Deze kosten worden vergoed aan verzekerde en/of in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 aan de partner of kinderen indien en voor zover deze de kosten heeft/hebben gemaakt.
- 2.3.3.3 Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal EUR 25.000,- per verzekerde per gebeurtenis voor alle in art. 2.3.3.2 genoemde kosten tezamen.
- 2.3.3.4 De kosten moeten zijn gemaakt binnen 3 jaar na het ongeval.
- 2.3.3.5 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.4 Coma
- 2.3.4.1 Indien een ongeval resulteert in de voortdurende bewusteloze staat van verzekerde, betalen verzekeraars aan verzekerde EUR 150,- per opnamedag. Deze uitkering geschiedt per kwartaal voor een periode van maximaal 1 jaar.
- 2.3.4.2 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.5 Volledige verlamming van de ledematen
- 2.3.5.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval volledig verlamd is geraakt aan de onderste twee ledematen (paraplegie) of volledig verlamd is geraakt aan alle vier de ledematen (quadriplegie) wordt er, zij het met de volgende beperkingen, een extra bedrag uitgekeerd.
- 2.3.5.2 Uitkering krachtens deze verzekering strekt zich uit tot een eenmalige extra uitkering per verzekerde van EUR 25.000,- bij volledige verlamming van de onderste twee ledematen respectievelijk EUR 50.000,- bij volledige verlamming van alle vier de ledematen.
- 2.3.5.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.6 HIV-besmetting
- 2.3.6.1 Indien verzekerde besmet raakt met het HIV-virus, welke besmetting nadrukkelijk en rechtstreeks het gevolg is van een tijdens de duur van deze verzekering:
- uitgevoerde bloedtransfusie tijdens een behandeling, voorgeschreven door een arts die is uitgevoerd door een daartoe erkend en bevoegde instantie, arts of verpleegkundige in een in Nederland erkend ziekenhuis of,
 - uitgevoerde injectie met een besmette naald als gevolg van een medische behandeling of de uitoefening van beroepswerkzaamheden of;
 - tegen de wil van verzekerde in aanraking komen met een naald;
- wordt éénmalig een extra bedrag uitgekeerd.
- 2.3.6.2 Uitkering krachtens deze verzekering strekt zich uit tot een eenmalige uitkering van EUR 25.000,- per verzekerde per gebeurtenis.

- 2.3.6.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.7 Hepatitis B of C
- 2.3.7.1 Indien verzekerde besmet raakt met Hepatitis B of C, welke besmetting nadrukkelijk en rechtstreeks het gevolg is van een tijdens de duur van deze verzekering:
- uitgevoerde bloedtransfusie tijdens een behandeling, voorgeschreven door een arts die is uitgevoerd door een daartoe erkend en bevoegde instantie, arts of verpleegkundige in een in Nederland erkend ziekenhuis of,
 - uitgevoerde injectie met een besmette naald als gevolg van een medische behandeling of de uitoefening van beroepswerkzaamheden of;
 - tegen de wil van verzekerde in aanraking komen met een naald;
- wordt éénmalig een extra bedrag uitgekeerd.
- 2.3.7.2 Uitkering krachtens deze verzekering strekt zich uit tot een eenmalige uitkering van EUR 10.000,- per verzekerde per gebeurtenis.
- 2.3.7.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.8 Repatriëring
- 2.3.8.1 Indien verzekerde door een ongeval buiten Nederland, dan wel buiten het land waar verzekerde woonachtig is, overlijdt, worden de gemaakte kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot van verzekerde vergoed alsmede de reiskosten van de meereizende partner en/of kind(eren) tot aan de plaats van bestemming in Nederland, dan wel in het land waar verzekerde woonachtig was, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.3.8.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de in art. 2.3.8.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 15.000,- per verzekerde.
- 2.3.8.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.8.4 De door de meereizende partner of de kind(eren) gemaakte reiskosten worden in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 aan de partner of kinderen vergoed indien en voor zover deze de kosten heeft/hebben gemaakt.
- 2.3.9 Kinderen
- Indien een uitkering wordt verleend voor overlijden als gevolg van een ongeval (art. 2.1), wordt het uit te betalen bedrag verhoogd met een uitkering van EUR 5.000,- per kind echter met een maximum per ongeval van 10% van de uitkering voor overlijden als gevolg van een ongeval (art. 2.1). Deze uitkering is bestemd voor de partner of wettige erfgenamen(n).
- 2.3.10 Blijvende invaliditeit Partner/kind
- 2.3.10.1 In het geval van overlijden of blijvende invaliditeit van verzekerde, als gevolg van een ongeval waarbij zijn partner en/of kind ook betrokken is/zijn en waarbij zij blijvend letsel oploopt/oplopen, keert de verzekering in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 aan de

betreffende partner en/of elk betreffend kind maximaal een bedrag uit van EUR 25.000,- per persoon voor blijvende invaliditeit. Eventuele uitkeringen voor blijvende invaliditeit zullen conform art. 2.2 worden vastgesteld.

- 2.3.10.2 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.11 Persoonlijke bezittingen
- 2.3.11.1 Indien er door een ongeval, waarbij medisch vast te stellen (door een verklaring van een arts) letsel ontstaat, persoonlijke bezittingen zijn beschadigd of verloren zijn gegaan, wordt aan de verzekerde de schade aan en/of de kosten voor de verloren, beschadigde of gestolen zaken en documenten vergoed die verzekerde voor eigen gebruik bij zich had tijdens het ongeval, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.3.11.2 Niet gedekt is de schade aan en/of de kosten voor verloren, beschadigde of gestolen geld en geldswaarden, (huis)dieren, fietsen, vaar-, luchtvaar-, motorrijtuigen en alle overige (gemotoriseerde) vervoermiddelen, aanhangwagens, caravans en vouwwagens.
- 2.3.11.3 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de in art. 2.3.11.1 vermelde schade en/of kosten tot een maximum van EUR 5.000,- per verzekerde per gebeurtenis. Vergoeding vindt plaats op basis van nieuwwaarde. In afwijking van art. 2.9.2 wordt een eigen risico dat eventueel op een andere verzekering van toepassing is wel vergoed.
- 2.3.11.4 De schade en/of kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.12 Uitvaartkosten
- 2.3.12.1 In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden van verzekerde als gevolg van een ongeval (art. 2.1), keert deze verzekering aan de partner of wettige erfgename(n) of - indien kosten zijn voorgesloten of betaald door verzekeringnemer - in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 aan verzekeringnemer, de redelijke begrafenis- en crematiekosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.3.12.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de in art. 2.3.12.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 10.000,- per verzekerde.
- 2.3.12.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.3.12.4 Deze dekking geldt niet voor eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.
- 2.3.13 Executeur (testamentair)
- 2.3.13.1 Indien een uitkering wordt verleend in verband met overlijden van verzekerde als gevolg van een ongeval (art. 2.1), keert de verzekering aan de partner of wettige erfgename(n) of - indien kosten zijn voorgesloten of betaald door verzekeringnemer - in afwijking van het

bepaalde in art. 1.3.2 aan verzekeringnemer de in redelijkheid gemaakte kosten uit voor het gebruik maken van een executeur (testamenteir).

2.3.13.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de in art. 2.3.13.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 1.000,- per gebeurtenis.

2.3.13.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.

2.3.14 Extra uitkering bij blijvende invaliditeit

2.3.14.1 Indien een verzekerde een ongeval is overkomen tijdens werkzaamheden in opdracht van verzekeringnemer of tijdens het komen en gaan van/naar de plek waar de werkzaamheden worden/zouden worden uitgevoerd, waardoor verzekerde blijvend invalide is geworden, wordt indien een uitkering wordt verleend van meer dan 25% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit, dit uit te keren bedrag verhoogd met 25%, onverminderd de in de verzekering genoemde maxima per verzekerde en per gebeurtenis.

2.3.14.2 Verzekeringnemer is verplicht het bewijs te leveren, dat getroffene op het moment van ongeval werkzaamheden voor verzekeringnemer verrichtte of zou gaan verrichten.

2.3.14.3 Deze dekking geldt niet voor eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.

2.3.15 Opname verzekerde

2.3.15.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval in een ziekenhuis wordt opgenomen of een uitkering ontvangt op grond van art. 2.3.4 (Coma), wordt aan verzekerde, zij het met de volgende beperkingen een extra bedrag uitgekeerd.

2.3.15.2 De uitkering krachtens deze verzekering strekt zich na een wachttijd van 24 uur uit tot een extra bedrag van EUR 75,- per opnamedag per verzekerde, met een maximum van 365 dagen. De uitkering wordt beëindigd vanaf het moment dat er sprake is van geheel of gedeeltelijke werkhervatting, overlijden of uitdiensttreding van verzekerde.

2.3.15.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.

2.4 Uitkeringen en/of Vergoedingen aan verzekeringnemer

2.4.1 Reïntegratiebudget verzekeringnemer

2.4.1.1 Indien ten gevolge van het door de verzekerde overkomen ongeval de in art. 2.4.1.2 omschreven kosten zijn gemaakt, die zijn gericht op het verkorten van ziekteverzuim en/of beperken van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ongeval met als doel de werknemer zo spoedig mogelijk te reïntegreren, vergoeden verzekeraars deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.

2.4.1.2 Deze verzekering biedt een secundaire dekking als omschreven in art. 2.9 en strekt zich uit tot vergoeding van de navolgende kosten in geval van blijvende invaliditeit van meer dan 25%:

- interventiekosten waaronder worden verstaan de kosten voor het inschakelen van een reïntegratiebedrijf gericht op interventies. Een interventie is een diagnose, training, behandeling of begeleiding. De interventies kunnen zijn afgestemd op houding en beweging, conflicten, psychische problemen (bv. stressreductietraining) of bemiddeling naar ander werk;
 - de opleidings- en herscholingskosten indien verzekerde blijvend invalide is geworden en zijn beroep of werkzaamheden niet meer kan uitoefenen;
 - de redelijk gemaakte kosten van aanpassingen die noodzakelijk zijn aan de werkplek van verzekerde zodat hij zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren.
- 2.4.1.3 Het verzekerd bedrag bedraagt maximaal EUR 25.000,- per verzekerde voor alle in art. 2.4.1.2 genoemde kosten tezamen.
- 2.4.1.4 De kosten moeten zijn gemaakt binnen 3 jaar na het ongeval.
- 2.4.1.5 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.4.1.6 In afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 zullen de vergoedingen uit hoofde van dit artikel geschieden aan verzekeringnemer.
- 2.4.1.7 Deze dekking geldt niet voor ongevallen overkomen aan eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.
- 2.4.2 Wervingskosten
- 2.4.2.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval komt te overlijden, dan wel volledig blijvend invalide is geworden, dan wel zijn beroep of werkzaamheden niet meer kan uitoefenen worden de in redelijkheid gemaakte wervingskosten ter vervanging van de verzekerde vergoed, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.4.2.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.4.2.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 10.000,- per verzekerde.
- 2.4.2.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), alsmede het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.4.2.4 In afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 zullen de vergoedingen uit hoofde van dit artikel geschieden aan verzekeringnemer.
- 2.4.2.5 Deze dekking geldt niet voor ongevallen overkomen aan eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.
- 2.4.3 Extra uitkering overlijden tijdens werkzaamheden
- 2.4.3.1 Indien een verzekerde een ongeval is overkomen tijdens werkzaamheden in opdracht van verzekeringnemer of tijdens het komen en gaan van/naar de plek waar de werkzaamheden worden/zouden worden uitgevoerd, waardoor verzekerde overlijdt, wordt indien er een uitkering wordt verleend voor overlijden als gevolg van een ongeval (art. 2.1), een extra bedrag van 25% van het uit te keren bedrag voor overlijden als gevolg van een ongeval (art. 2.1) in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 uitgekeerd aan verzekeringnemer onverminderd het in de verzekering genoemde maximum per gebeurtenis.

- 2.4.3.2 Verzekeringnemer is verplicht het bewijs te leveren, dat getroffene op het moment van ongeval werkzaamheden voor verzekeringnemer verrichtte of zou gaan verrichten.
- 2.4.3.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.4.3.4 Deze dekking geldt niet voor ongevallen overkomen aan eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.
- 2.4.4 Fiscaal gefaciliteerde extra uitkering bij overlijden
 - 2.4.4.1 Indien een uitkering wordt verleend in verband met het overlijden van een verzekerde als gevolg van een ongeval (art. 2.1) wordt naast deze uitkering, in afwijking van het bepaalde in art. 1.3.2 aan verzekeringnemer een eenmalige extra uitkering verleend ter hoogte van maximaal drie maal het bruto maandsalaris met een maximum van EUR 15.000,- per verzekerde, indien en voor zover verzekeringnemer gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid een fiscaal vrijgestelde uitkering te doen.
 - 2.4.4.2 De uitkering wordt verleend na ontvangst van een bewijs van betaling van de fiscaal vrijgestelde uitkering.
 - 2.4.4.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
 - 2.4.4.4 Deze dekking geldt niet voor ongevallen overkomen aan eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.

2.5 Overige Uitkeringen en/of Vergoedingen

- 2.5.1 Levensredder
 - 2.5.1.1 Indien een derde (niet zijnde verzekerde of verzekeringnemer) lichamelijk letsel oploopt, terwijl hij het leven redt dan wel tracht te redden van een verzekerde, en dit binnen twee jaar resulteert in de dood of blijvende invaliditeit van deze derde, wordt er in afwijking van art. 1.3.2 aan die derde partij een extra bedrag uitgekeerd van maximaal EUR 25.000,-. Eventuele uitkeringen voor blijvende invaliditeit zullen conform art. 2.2 worden vastgesteld. De uitkering wordt uitbetaald naast een eventuele uitkering aan verzekerde. De levensredder kan geen aanspraak maken op de andere aanvullende dekkingen opgenomen in deze voorwaarden.
 - 2.5.1.2 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.5.2 Ongevallendekking voor bezoekers
 - 2.5.2.1 Deze verzekering biedt tevens dekking voor ongevallen overkomen aan bezoekers die op uitnodiging of met kennis van verzekeringnemer de gebouwen of de terreinen van verzekeringnemer (bij deze in gebruik als en dienende tot vaste inrichting van diens bedrijfsactiviteiten) bezoeken, zij het met de volgende beperkingen.
 - 2.5.2.2 Onder bezoekers worden niet verstaan werknemers en ondergeschikten van anderen dan verzekeringnemer die arbeid verrichten in het bedrijf/de instelling van verzekeringnemer en evenmin de in het bedrijf van verzekeringnemer werkzame uitzendkrachten, stagiaires en tegen betaling werkzame andere personen.

2.5.2.3 Deze dekking geldt niet voor bedrijven waarvan de bedrijvigheid mede gericht is op het ontvangen van bezoekers, zoals hotels, bankinstellingen, bioscopen, musea, winkels, openbare gebouwen etc.

2.5.2.4 Uitkering krachtens deze verzekering is gemaximeerd per persoon tot:

- EUR 12.500,- in geval van overlijden (art. 2.1);
- EUR 25.000,- bij blijvende invaliditeit (art. 2.2).

Per gebeurtenis zal nooit meer worden uitgekeerd dan EUR 500.000,-. Eventuele uitkeringen bij blijvende invaliditeit zullen conform art. 2.2 worden vastgesteld.

Indien het aantal aanwezige bezoekers dat een ongeval is overkomen, zo groot is dat genoemd maximum per gebeurtenis wordt overschreden, zullen de per persoon geldende verzekerde bedragen naar evenredigheid worden verlaagd totdat het bedrag van EUR 500.000,- is bereikt.

2.5.2.5 Een uitkering krachtens dit artikel geschiedt in afwijking van art. 1.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden aan verzekeringnemer. De uitkering wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering. Bezoekers kunnen geen aanspraak maken op de andere aanvullende dekkingen opgenomen in deze voorwaarden.

2.6 **Uitkeringen en/of Vergoedingen op basis van jaarsalaris**

Indien de uitkering en/of vergoeding wordt bepaald op basis van het verzekerd jaarsalaris, zal dit geschieden aan de hand van het jaarsalaris van het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar waarin het ongeval heeft plaatsgevonden. Voor degene voor wie in bedoelde periode van twaalf maanden geen volledig dienstverband heeft bestaan zal het salaris op pro rata basis worden herleid alsof het dienstverband gedurende de bedoelde periode wel had bestaan. Indien in het voorafgaande kalenderjaar geen inkomen werd genoten zal als inkomen worden aangehouden het salaris voorafgaande aan het ongeval op pro rata basis herleid alsof het dienstverband gedurende het actuele kalenderjaar had bestaan. Als minimum verzekerd jaarsalaris wordt een bedrag van EUR 25.000,- aangehouden.

2.7 **Rentevergoeding**

Een door verzekeraar verschuldigde uitkering bij blijvende invaliditeit (art. 2.2) wordt verhoogd met een rente van 6% per jaar berekend vanaf twaalf maanden na melding van het ongeval.

2.8 **Cumulatielimiet**

Het maximum bedrag dat verzekeraars zullen betalen bedraagt:

- EUR 2.500.000,- per persoon;
- EUR 50.000.000,- per gebeurtenis.

2.9 **Secundaire dekking**

2.9.1 Indien een secundaire dekking van kracht is geldt het volgende:

2.9.2 Voor zover nodig in afwijking van artikel 7:961 BW zijn kosten en/of schaden die uit andere hoofde worden vergoed of onder enige andere bestaande verzekering gedekt zijn indien deze verzekering niet zou hebben bestaan, uitdrukkelijk van deze verzekering uitgesloten. Verzekeraars zullen in zodanig geval de kosten en/of schaden slechts vergoeden, indien en voor zover de kosten en/of schaden niet onder zulk een andere verzekering of uit andere hoofde worden vergoed. Een eigen risico dat eventueel op een andere verzekering van toepassing is wordt niet vergoed. Een vrijwillig gekozen eigen risico van een zorgverzekering wordt wel vergoed. Onder vrijwillig gekozen eigen risico wordt verstaan het vrijwillig gekozen eigen risico, onder aftrek van het verplichte eigen risico.

- 2.9.3 Indien in die andere verzekering een bepaling als in art. 2.9.2 of van gelijke strekking voorkomt of indien de regeling op die andere verzekering moeilijkheden oplevert, zullen verzekeraars de aanspraak op een uitkering of vergoeding behandelen en een som betalen, gelijk aan het bedrag dat onder deze polis zou zijn betaald, indien die andere verzekering niet zou hebben bestaan, waartegenover verzekerde zijn vordering op de verzekeraars van die andere verzekering tot het beloop van het aldus betaalde zal cederen, zulks met inachtneming van het bepaalde in art. 2.9.4. Dit geldt eveneens in geval verzekeraars de kosten en/of schaden onverplicht hebben vergoed.
- 2.9.4 De in art 2.9.3 bedoelde cessie zal plaatsvinden voor dat gedeelte van het door verzekeraars betaalde bedrag dat zij betaald hebben boven hetgeen zij verschuldigd zouden zijn indien art. 2.9.3 niet zou zijn opgenomen, welk gedeelte zal gelden als koopprijs voor de gecedeerde vordering.

2.10 **Bereddingskosten**

Voor zover art. 7:957 BW van toepassing is, vergoeden verzekeraars indien noodzakelijk de bereddingskosten tevens boven het van toepassing zijnde verzekerde bedrag. Onder bereddingskosten worden verstaan de kosten en alle op geld waardeerbare opofferingen die zijn verbonden aan de in artikel 7:957 BW genoemde maatregelen die door of namens verzekerden zijn genomen.

3 **Uitsluitingen en beperkingen**

3.1 **Uitsluitingen**

Geen recht op enige uitkering en/of vergoeding krachtens deze verzekering bestaat indien en voor zover het ongeval:

- 3.1.1 is veroorzaakt door opzet (waaronder zelfmoord of zelfverminking) van verzekerde of door opzet van (een) begunstigde(n). Dit voor zover noodzakelijk in afwijking van art. 7: 952 BW. Bij opzettelijk handelen van (een) begunstigde(n) geldt de uitsluiting alleen ten aanzien van degene(n) die het ongeval opzettelijk heeft/hebben veroorzaakt, waarbij zijn/hun aandeel niet aan een eventuele andere begunstigde zal worden uitgekeerd. Het verrichten van werkzaamheden, alsmede de onder art. 1.9.11 genoemde gebeurtenissen vallen buiten het begrip opzet;
- 3.1.2 plaatsvindt tijdens het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 3.1.3 plaatsvindt tijdens het door verzekerde als (semi-) professional deelnemen aan snelheidswedstrijden met motorrijtuigen of -vaartuigen;
- 3.1.4 plaatsvindt tijdens het vliegen in/met een luchtvaartuig, terwijl verzekerde deel uitmaakte van de bemanning en in dat luchtvaartuig tijdens de betreffende vlucht al dan niet betaalde werkzaamheden verrichtte;
- 3.1.5 plaatsvindt tijdens deelname aan het verkeer door verzekerde - anders dan als passagier - en het ongeval het gevolg is van een zodanig bovenmatig gebruik van alcohol of verdovende, bedwelmende of opwekkende middelen door verzekerde, dat dit – eventueel in combinatie met het daaruit voortvloeiende gedrag van verzekerde - wel nagenoeg zeker tot een ongeval moest leiden.
Een beroep op deze uitsluiting door verzekeraars is pas mogelijk indien het bloed-alcoholgehalte ten tijde van het ongeval tenminste 0,8 o/oo was.

3.2 Leeftijd 85 jaar

Zodra verzekerde de leeftijd van 85 jaar bereikt, zullen de verzekerde bedragen in geval van overlijden of blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval worden verminderd met 50% of tot EUR 100.000,-, afhankelijk van welk bedrag het laagst is.

3.3 Dekking molest

De dekking voor molest is niet van kracht voor ongevallen verzekerden overkomen in Nederland. In afwijking van art. 11.1 kunnen verzekeraars en verzekeringnemer de dekking voor molest opzeggen met inachtneming van een periode van 14 dagen. In deze periode kan overleg gepleegd worden over eventuele handhaving van de dekking.

3.4 Bepaling inzake uitsluitingen in verband met sancties

De verzekeraar of haar deelneming is niet gehouden om dekking of schadeloosstelling te bieden krachtens deze verzekering, indien dit een inbreuk zou vormen op sanctiewet- en regelgeving uit hoofde waarvan het de verzekeraar of haar deelneming verboden is om krachtens deze verzekering dekking te bieden of een schadeloosstelling uit te keren.

3.5 Atoomkernreactie

De gevolgen van de blootstelling aan radioactieve straling als gevolg van een atoomkernreactie zijn niet gedekt, tenzij de radioactieve straling is opgewekt met het oog op een medische behandeling van een gedekt ongeval.

4 Verplichtingen na een ongeval

Indien de verzekerde een ongeval is overkomen ten gevolge waarvan aanspraak op een uitkering en/of vergoeding kan ontstaan, gelden de volgende verplichtingen.

4.1 Verplichting in geval van overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde dient hiervan door of namens de verzekeringnemer of begunstigde(n) zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 24 uur voor de begrafenis of crematie te worden kennisgegeven aan verzekeraars.

4.2 Verplichtingen anders dan bij overlijden

4.2.1 In geval van andere ongevalsgevolgen dan overlijden stelt de verzekerde zich direct onder behandeling van een arts en volgt de door deze gegeven voorschriften op.

4.2.2 Zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is zal door of namens de verzekeringnemer, de verzekerde en/of begunstigde(n) aangifte van het ongeval worden gedaan door middel van het door verzekeraars verlangde formulier en onder bijvoeging van verlangde stukken.

4.2.3 Telkens indien verzekeraars dat vragen laat de verzekerde zich door één of meer geneeskundige(n) onderzoeken. Verzekeraars kunnen die geneeskundige(n) aanwijzen. Door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde, zullen aan bedoelde geneeskundige(n) alle door deze(n) gewenste gegevens betrekking hebbend op het ongeval, de invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, werkzaamheden en het beroep van de verzekerde worden verstrekt. De door deze geneeskundige(n), na overleg met de onder art. 4.2.1 genoemde arts gegeven voorschriften, dienen door de verzekerde te worden opgevolgd. De kosten van het/de geneeskundige onderzoek(en), de daarvoor noodzakelijke normale reis- en verblijfkosten van de verzekerde en één hem - gezien de lichamelijke en/of

geestelijke toestand van de verzekerde - noodzakelijkerwijs begeleidend persoon, alsook de door derden in rekening gebrachte kosten voor het verkrijgen van de in dit artikel bedoelde gegevens, zijn voor rekening van verzekeraars.

4.3 Algemene verplichtingen

Door of namens de verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) zullen aan de verzekeraar binnen redelijke termijn alle door hem verlangde gegevens en/of stukken worden verstrekt. Hiertoe kunnen onder andere behoren, geboortebewijs, bewijs van overlijden, akte van erfrecht, schriftelijke toestemming tot sectie, gespecificeerde verklaring van een registeraccountant betreffende het inkomen uit arbeid van verzekerde.

Aan verzekeraars dient de hoogte van het jaarsalaris van de betrokken verzekerde te worden verstrekt. Verzekeraars hebben het recht bij aanmelding van een ongeval inzage te krijgen in de loonadministratie van verzekeringnemer.

4.4 Kosten

De voor verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) aan het doen van aangifte, het inwinnen of verstrekken van gegevens en/of stukken verbonden kosten zijn niet voor rekening van verzekeraars, behoudens het in art. 4.2.3 bepaalde.

4.5 Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen

4.5.1 Indien niet wordt voldaan aan de onder art. 4.1 en art. 4.2.2 bedoelde verplichting tot aangifte kunnen verzekeraars de uitkering en/of vergoeding verminderen met de schade die zij daardoor lijden.

4.5.2 Weigering tot medewerking, dan wel het in gebreke blijven bij het verstrekken van de benodigde stukken door verzekerde of de belanghebbenden kan verlies van rechten ten gevolge hebben, indien verzekeraars hierdoor niet in staat zijn de rechtmatigheid of opeisbaarheid van de uitkering vast te stellen, indien en voor zover verzekeraars hierdoor in hun redelijke belangen zijn geschaad.

4.5.3 Weigering om sectie toe te staan, kan verlies van rechten op de voor overlijden onder art. 2.1 verzekerde uitkering tot gevolg hebben, tenzij wordt aangetoond dat de belangen van verzekeraars hierdoor niet zijn geschaad.

4.5.4 Het in art. 4.3 en art. 4.5.3 met betrekking tot sectie bepaalde is niet van toepassing indien de verzekerde bij wilsbeschikking, waaronder mede worden begrepen een zgn. donor-codicil, transplantatieverklaring e.d., heeft verklaard dat zijn stoffelijk overschot bestemd is voor ontleiding en/of orgaan- en/of weefseltransplantatie door een ter zake bevoegd medisch instituut in Nederland en - zo dit door dat instituut wordt gewenst – de door het instituut aangewezen persoon of personen een schriftelijke machtiging afgeven voor de door het medisch instituut aan verzekeraars te verstrekken gegevens omtrent de doodsoorzaak.

4.6 Verjaring

Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van vijf jaar na de aanvang van de dag, volgend op die waarop de tot uitkeringsgerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

5 Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen

- 5.1** Indien verzekerden en/of begunstigen bezwaar hebben gemaakt tegen een afwijzing door verzekeraars van een uitkering en/of een vergoeding zal, zolang na indiening van dat bezwaar de onjuistheid van de beslissing van verzekeraars niet vaststaat, ten aanzien van het recht op uitkering hun beslissing gelden. Na gegrondbevinding van de tegen de beslissing van verzekeraars ingediende bezwaren wordt het eventueel (meerdere) verschuldigde alsnog binnen 1 maand uitbetaald.
- 5.2** Betreft het geschil een medische aangelegenheid, dan heeft (hebben) verzekerde of de begunstigde(n) het recht - voor eigen rekening - een geneeskundige aan te stellen. De aldus door verzekerde en verzekeraars benoemde geneeskundigen benoemen bij verschil van mening in gezamenlijk overleg een derde geneeskundige. Deze derde geneeskundige zal - na inzicht te hebben verkregen in de benodigde stukken - een uitspraak doen, welke voor alle partijen als bindend zal worden beschouwd.
De kosten van deze derde geneeskundige worden gezamenlijk door beide partijen gedragen, tenzij door de derde geneeskundige het standpunt van de door verzekeraars ingeschakelde arts als onjuist wordt beoordeeld, in welk geval de kosten van de derde arts, alsmede die van de door verzekerde ingeschakelde arts volledig voor rekening van verzekeraars komen, tezamen tot maximaal tweemaal de kosten van de door verzekeraars ingeschakelde arts.

6 Afstand van regresrechten

Voor zover verzekeraars krachtens deze verzekering betaalde bedragen zouden kunnen verhalen op de verzekeringnemer en/of de werkgever en/of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde en/of diens familieleden in de rechte lijn, doen zij hierbij afstand van dat verhaalsrecht.

7 Betalingsverkeer

7.1 Premie

- 7.1.1** In dit artikel wordt onder premie verstaan: alle bedragen die verzekeringnemer in verband met deze verzekering moet betalen.
- 7.1.2** Aon betaalt het aan verzekeraars verschuldigde deel van de premie als eigen schuld aan verzekeraars. Deze betaling vindt plaats door boeking in rekening courant met verzekeraars.
- 7.1.3** Verzekeringnemer moet de premie aan Aon betalen. Verzekeringnemer is gekweten tegenover verzekeraars als de premie aan Aon is betaald of voor rekening van Aon is gekomen.

7.2 Schade

- 7.2.1** In dit artikel wordt onder schade verstaan: alle bedragen, waaronder ook premierestituties en andere uitkeringen, die verzekeraars in verband met deze verzekering verschuldigd zijn aan een rechthebbende.
- 7.2.2** Verzekeraars betalen de schade aan Aon. Betaling vindt plaats door boeking in rekening courant, tenzij verzekeraars en Aon anders afspreken.

- 7.2.3 Aon zal de van verzekeraars ontvangen schade aan de rechthebbende betalen. Aon mag op de betaling al zijn vorderingen op de verzekeringnemer in mindering brengen, voor zover die bestonden op het moment dat de betalingsverplichting van Aon ontstond en voor zover toegestaan door de wet.
- 7.2.4 Verzekeraars zijn tegenover de verzekeringnemer gekweten zodra de rechthebbende de verschuldigde bedragen heeft ontvangen van Aon, of zodra de bedragen met verzekeringnemer zijn verrekend in overeenstemming met de wet of met een tussen de verzekeringnemer en Aon bestaande regeling.
- 7.2.5 Als verzekeraars de betaling aan Aon hebben gedaan en Aon betaalt niet aan de rechthebbende, dan kunnen verzekeraars die betaling van Aon terugvorderen als de rechthebbende opnieuw betaling verlangt.
- 7.2.6 Als Aon de schade heeft betaald aan een door verzekeringnemer ingeschakelde tweede assurantietussenpersoon en deze betaalt niet aan de rechthebbende, dan kan Aon die betaling van die tweede assurantietussenpersoon terugvorderen als de rechthebbende opnieuw betaling verlangt of als de verzekeraars de schade terugvorderen van Aon.

7.3 Tussentijdse beëindiging bij niet betaling van de premie

Als Aon de premie niet heeft ontvangen binnen de op de factuur genoemde termijn, dan heeft Aon het recht om de dekking tussentijds te schorsen of de verzekering tussentijds te beëindigen. Aon waarschuwt verzekeringnemer vooraf en schriftelijk van zijn voornemen. Verzekeringnemer blijft verplicht de premie te betalen aan Aon. Verzekeraars geven geen dekking gedurende de schorsingsperiode, ook niet als de premie later alsnog wordt betaald door verzekeringnemer.

7.4 Verruiming begrip verzekeringnemer

Als een ander dan de verzekeringnemer de premie is verschuldigd, wordt die ander voor de toepassing van art. 7.1 t/m 7.3 mede als verzekeringnemer beschouwd.

8 Wijziging begunstiging

Tenzij anders overeengekomen wordt een wijziging van de begunstiging eerst van kracht op de dag, te rekenen van des morgens te 00:00 uur, van ontvangst door verzekeraars van de desbetreffende schriftelijke kennisgeving van de verzekeringnemer.

9 Betaling

Verzekeraars verrichten een door hen verschuldigde uitkering en/of vergoeding binnen 1 maand nadat deze is/zijn vastgesteld aan de begunstigde(n).

10 Mededelingen

- 10.1 Alle mededelingen die verzekerde en verzekeraars aan elkaar moeten of willen doen gelden ook als gedaan zodra deze aan Aon zijn meegedeeld.
- 10.2 Mededelingen aan verzekeringnemer kunnen door Aon rechtsgeldig worden gedaan aan het bij haar laatst bekende adres van verzekeringnemer.

11 Duur van de verzekering

- 11.1 De ingangsdatum van de verzekering, alsmede de duur waarvoor zij is aangegaan, zijn vermeld in het polisblad. Het in het polisblad genoemde tijdvak zal telkens aan het einde daarvan stilzwijgend met het overeengekomen tijdvak worden verlengd, tenzij de verzekeringnemer of verzekeraars de overeenkomst ten minste 2 maanden voor afloop van het tijdvak schriftelijk heeft/hebben opgezegd.
- 11.2 Opzegging van de verzekering heeft tot gevolg dat per het einde van het verzekeringstijdvak alle rechten en verplichtingen van partijen vervallen, behoudens die met betrekking tot een de verzekerde tijdens de duur van de verzekering overkomen ongeval, tot het moment dat ook deze aanspraak op uitkering en/of vergoeding is erkend en door verzekeraars is betaald, dan wel is vervallen.
- 11.3 Onder overeenkomstige toepassing van het onder art. 11.2 bepaalde eindigt de verzekering met verval van de rechten en verplichtingen van partijen ten aanzien van de betrokken verzekerde(n):
- 11.3.1 met zijn overlijden;
- 11.3.2 op de datum, vanaf 00:00 uur 's-morgens, waarop overeenkomstig het bepaalde onder art. 7 en art. 14.2 deze verzekeringsovereenkomst eindigt.

12 Oversluiting

Indien gedurende de looptijd van deze verzekering een door of voor een verzekeraar geaccepteerd aandeel geheel of gedeeltelijk wordt overgesloten naar een andere verzekeraar, dan participeert de overnemende verzekeraar op basis van dezelfde voorwaarden, afspraken, rechten en plichten zoals deze van toepassing waren tot het moment van oversluiting, tenzij met de overnemende verzekeraar bij de oversluiting uitdrukkelijk anders is overeengekomen.

De overnemende verzekeraar doet hiermede afstand van het recht zich ten aanzien van de oversluiting te beroepen op onder meer artikel 251 WvK (voor zover van toepassing) en/of de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW. Voor zover echter de oorspronkelijk op deze verzekering betrokken verzekeraar hier een beroep op heeft/had gaat dat recht onverminderd op de overnemende verzekeraar over.

13 Premieverrekening

- 13.1 Aan het einde van ieder verzekeringsjaar zal, indien er een voorschotpremie is betaald, door de verzekeringnemer een opgave worden verstrekt van de definitieve gegevens (zoals het verzekerd jaarsalaris of het aantal verzekerden) over dat verzekeringsjaar, waarna de over die termijn definitief verschuldigde premie zal worden vastgesteld.
- 13.2 Is de definitieve premie lager dan de voorschotpremie, dan zal het verschil door verzekeraars worden gerestitueerd, met inachtneming evenwel van de eventueel bedongen minimumpremie. Is de definitieve premie hoger dan de voorschotpremie, dan wordt het meerdere alsnog aan de verzekeringnemer in rekening gebracht.
- In beide gevallen hebben verzekeraars het recht de voorschotpremie aan te passen.
- 13.3 Indien verzekeringnemer de opgave niet binnen een termijn van 3 maanden na de vervaldatum van de verzekering of binnen 3 maanden na het verzoek van verzekeraars

verstrekt, zijn verzekeraars bevoegd de premie vast te stellen op 125% van de voorschotpremie.

14 Aanpassing van premie en/of voorwaarden

14.1 Indien verzekeraars hun tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort als deze herzien, hebben zij het recht deze verzekering aan die nieuwe tarieven en/of voorwaarden aan te passen. Verzekeraars zullen, indien zij van dit recht gebruik wensen te maken, de aanpassing 2 maanden vooraf schriftelijk aankondigen.

14.2 Verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren indien de aanpassing leidt tot een premieverhoging en/of beperking van de dekking. Indien verzekeringnemer van dit recht gebruik wenst te maken, dient hij de verzekeraars daarvan, binnen 1 maand na de aankondiging, schriftelijk kennis te geven. De verzekering eindigt dan op de aangekondigde datum van aanpassing, doch niet eerder dan 2 maanden na de datum van dagtekening van de aankondiging van verzekeraars.

14.3 Heeft verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van zijn in art. 14.2 bedoelde recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering op de aangekondigde datum van aanpassing voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

15 Geschillen

Op geschillen voortvloeiende uit deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing. De bevoegde rechter is de rechtbank in Rotterdam.

16 Privacy

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens, alsmede nader over te leggen persoonsgegevens, kunnen door verzekeraars en Aon worden verwerkt ten behoeve van het bemiddelen, aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en overige (financiële) diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

17 Klachtenregeling

17.1 Eventuele klachten die verband houden met de verzekeringsovereenkomst kunnen schriftelijk onder vermelding van naam, adres en polisnummer worden ingediend bij de directie van Aon, Postbus 518, 3000 AM Rotterdam.

17.2 Consumenten kunnen zich indien de klacht niet naar tevredenheid is behandeld ook wenden tot de volgende instantie:
Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid)
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
telefoon : 0900-3338999