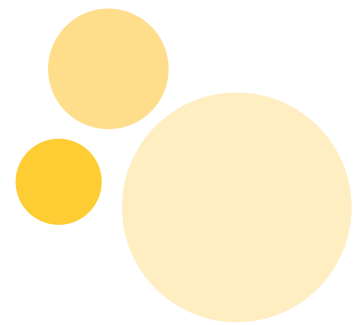


Verzekeringsvoorwaarden 2016

Aevitae Collectieve Ongevallen AECOV16



Inhoudsopgave

	pag.		pag.
Artikel 1	De strekking en grondslag van de overeenkomst	2	
Artikel 2	Definitie partijen	2	
Artikel 3	Begrip Ongeval	2	
Artikel 4	Uitsluitingen	2	
Artikel 5	Dekking	3	
Artikel 6	Aanvullende dekkingen	3	
Artikel 7	Maximum verzekerde bedragen	7	
Artikel 8	Begrip Jaarloon	7	
Artikel 9	Uitkeringen	7	
Artikel 10	Melding ongeval	9	
Artikel 11	Verplichtingen na ongeval	9	
Artikel 12	Verval van rechten	9	
Artikel 13	Verjaring	10	
Artikel 14	Wijziging van hoedanigheid of werkzaamheden	10	
Artikel 15	Premie	10	
Artikel 16	Wijziging van premie en/of voorwaarden	11	
Artikel 17	Einde van de dekking	11	
Artikel 18	Duur, verlenging en einde van de verzekering	11	
Artikel 19	Samenloop voorwaarden	11	
Artikel 20	Toepasselijk recht en geschillen	11	
Artikel 21	Klachtenregeling	12	
Artikel 22	Persoonsregistratie	12	
Artikel 23	Terrorismedekking	12	
			Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)
			Artikel 1 Begripsomschrijvingen 13
			Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorisme risico 13
			Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT 14

Artikel 1 De strekking en grondslag van de overeenkomst

1.1 DE STREKKING VAN DE VERZEKERING

Doel van deze verzekering is een uitkering te verlenen in het geval verzekerde als gevolg van een bij een ongeval opgelopen lichamenlijk letsel overlijdt of blijvend invalide wordt.

1.2 DE GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering is een overeenkomst tussen de op het polisblad genoemde verzekeringnemer en de maatschappij. Alle door verzekeringnemer en verzekerde verstrekte informatie, zoals een aanvraagformulier, dient tot grondslag van deze verzekering en vormt een geheel hiermee. Indien de verzekeringnemer of de verzekerde voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst verkeerde of onwaarachtige mededelingen doet of feiten en omstandigheden verzwijgt, kan dit gevolgen hebben voor de omvang van de dekking of voor de geldigheid van deze verzekering.

Artikel 2 Definitie partijen

2.1 verzekeringnemer

De op het polisblad genoemde (rechts)persoon die de overeenkomst met de maatschappij heeft gesloten.

2.2 verzekerde

De op het polisblad genoemde verzekerde perso(o)n(en), voor zover woonachtig in Nederland, in het grensgebied in België en/of Duitsland of in andere landen als in de polis vermeld.

2.3 maatschappij

De in de polis genoemde verzekeraar of diens gevolmachtigde agent.

2.4 begunstigde

De uitkeringen worden aan verzekeringnemer betaald, tenzij anders is overeengekomen. De Staat der Nederlanden of enige andere overheid wordt in geen geval als begunstigde beschouwd.

Artikel 3 Begrip Ongeval

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

Onder ongeval wordt ook verstaan:

- a Complicaties of verergering van ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulp of geneeskundige hulp verleend na het ongeval;
- b Infectie door het binnendringen van ziektekiemen en/of allergenen in een door een ongeval ontstane verwonding;
- c Infectie door een ziektekiemen en/of allergenen bevattende stof voor zover rechtstreeks het gevolg van een onvrijwillige val in deze stof, dan wel het zich in deze stof begeven bij een poging tot redding van mens, dier of zaak;
- d Koepokken, mond- en klauwzeer, miltvuur en de ziekte van Bang;
- e Letsel, overlijden of enige andere aantasting van de fysieke gezondheid, opzettelijk en tegen de wil van verzekerde door een ander persoon veroorzaakt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4.a;
- f Acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van voor de gezondheid schadelijke stoffen, niet zijnde geneesmiddelen, verdovende middelen, slaap- of genotmiddelen of levende organismen zoals virussen en bacteriële ziektekiemen;
- g Acute vergiftiging door het binnenkrijgen van stoffen voor zover rechtstreeks het gevolg van het zich in deze stoffen begeven bij een poging tot redding van mens, dier of zaak;
- h Inwendig letsel ontstaan door het plotseling en ongewild binnenkrijgen in het lichaam van voorwerpen of stoffen, niet zijnde levende organismen zoals virussen of bacteriële ziektekiemen;
- i Verdrinking, onderkoeling, verstikking, bevriezing, zonnesteek en hitteberoerte;
- j Uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;
- k Ontwrichting en scheuring van spier- en/of bandweefsel;
- l Onuitgelokte dieren of insectenbeten;
- m Ongevallen als gevolg van ziekte, gebrek of een abnormale lichamenlijke of geestelijke gesteldheid zijn meeverzekerd.

Artikel 4 Uitsluitingen

De maatschappij verleent geen uitkering of vergoeding voor ongevallen veroorzaakt:

- a door opzet of met goedvinden van verzekerde of iemand die bij een uitkering en/of vergoeding belang heeft;
- b tijdens het plegen van, deelnemen aan of voorbereiden van een misdrijf of een poging daartoe;
- c door roekeloosheid, tenzij redelijkerwijs noodzakelijk bij de uitoefening van het beroep, tot afwending van een dreigend gevaar of bij poging tot redding van mens, dier of zaak;
- d tijdens deelname aan het verkeer met een motorrijtuig of -voertuig na het gebruik van alcoholhoudende drank, tenzij aangetoond wordt dat verzekerde op het moment van het ongeval een bloedalcoholgehalte (BAG) van minder dan 0,8 ‰, dan wel een ademalcoholgehalte (AAG) van minder dan 350 µg/l had, of dat er geen verband is tussen het gebruik van alcoholhoudende drank en het overkomen ongeval;
- e na het gebruik van geneesmiddelen en/of bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij aangetoond wordt dat de middelen op voorschrift van een arts gebruikt werden en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;
- f door het deelnemen aan en voorbereiden voor wedstrijden met motorrijtuigen en motorvoertuigen;
- g tijdens het beoefenen van sport anders dan als amateur.

Artikel 5 Dekking

5.1 DEKKING

De dekking is vierentwintig uur per dag van kracht, zowel in als buiten de beroepsuitoefening.

Voor oproepkrachten is de dekking uitsluitend van kracht gedurende de tijd dat zij in opdracht van verzekeringnemer werkzaamheden verrichten inclusief het rechtstreeks gaan naar en komen van de plaats van deze werkzaamheden.

5.2 DEKKINGSGBIED

De dekking is van kracht in de gehele wereld.

5.3 DEKKING VERZEKERDE BOVEN DE 75 JAAR

Aan het eind van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerde 75 jaar wordt, zal de dekking terugvallen tot uitsluitend en alleen dekking voor overlijden als gevolg van een ongeval en blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval, met de verzekerde bedragen van €12.500,00 in geval van overlijden en €25.000,00 in geval van blijvende invaliditeit. In afwijking van hetgeen vermeld staat in artikel 9 is er geen dekking voor repatriëring en wordt er geen rekening gehouden met het beroep van die verzekerde bij de vaststelling van blijvende invaliditeit.

5.4 DEKKING VOOR BEZOEKERS

Meeverzekerd zijn ongevallen bezoekers overkomen op terreinen en in gebouwen, die eigendom zijn van, gehuurd of gepacht worden door de verzekeringnemer en uitsluitend voor diens bedrijfsactiviteiten gebruikt worden. De dekking voor de bezoekers is uitsluitend van kracht als het gehele personeel van de verzekeringnemer onder deze verzekering verzekerd is.

Bezoekers zijn als zodanig geregistreerde personen, die zich anders dan tegen betaling voor entree of in verband met het verrichten van betaalde diensten op de terreinen en in de gebouwen van de verzekeringnemer bevinden.

Deze dekking is niet van kracht voor bedrijven waarvan de bedrijfsactiviteit gericht is op het ontvangen van bezoekers, zoals bioscopen, musea, bankinstellingen, openbare gebouwen, luchthavens, stations, winkels, warenhuizen, dierentuinen, hotels, horecabedrijven en recreatieparken etc.

Voor bezoekers gelden de volgende verzekerde bedragen per persoon, per gebeurtenis:

Bij overlijden:	€ 5.000,00
Bij blijvende invaliditeit:	€ 25.000,00

Voor bezoekers is blijvende invaliditeit verzekerd zonder toepassing van de progressieve invaliditeitsuitkering. Als grondslag voor de uitkering wordt aangehouden het percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde.

Voor bezoekers geldt ongeacht het aantal betrokkenen een maximum verzekerd bedrag van €500.000,00 per jaar, per gebeurtenis of reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende gebeurtenissen voor alle rubrieken samen.

De uitkeringen worden aan verzekeringnemer betaald.

5.5 MOLEST

Deze verzekering verleent dekking tijdens reizen en verblijf buiten Nederland, het land waar men woonachtig is of het land waar men domicilie heeft, voor schade(n) en kosten veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij (begrippen in overeenstemming met de definities zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed).

Het molestisico tijdens het reizen naar en het verblijf in de navolgende landen of gebieden blijft van de dekking uitgesloten: Irak, Syrië en Afghanistan.

De maatschappij en verzekeringnemer kunnen deze dekking opzeggen met inachtneming van een periode van zeven dagen. In deze periode kan overleg gepleegd worden over eventuele handhaving van de dekking.

Geen uitkering is verschuldigd voor schade(n) en kosten in geval van opzettelijke deelname van de verzekerde aan de bedoelde molestevenementen anders dan ter bescherming van eigen leven of het leven van lotgenoten.

Geen uitkering is verschuldigd voor schade(n) en kosten in geval de verzekerde zich door handelingen of uitlatingen blootstelt aan enige strafmaatregel.

Voor deze dekking wordt per verzekerde per gebeurtenis of reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende gebeurtenissen nooit meer uitgekeerd dan €500.000,00.

Als bij dezelfde gebeurtenis of reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende gebeurtenissen meerdere verzekerden betrokken zijn, dan wordt voor deze dekking voor alle rubrieken samen nooit meer uitgekeerd dan €5.000.000,00. Zo nodig worden de verzekerde bedragen naar evenredigheid verlaagd.

Artikel 6 Aanvullende dekkingen

6.1 PLASTISCHE CHIRURGIE

In geval de verzekerde door een gedekt ongeval blijvende misvorming of ontsiering aan het lichaam overhoudt en medische noodzaak voor verbetering of herstel van dit letsel ontbreekt, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten van plastische chirurgie voor verbetering of herstel van dit letsel. De maatschappij vergoedt tot maximaal 10% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag met een maximum van €7.500,00 per gebeurtenis.

In geval verzekerde door hetzelfde ongeval en na plastische chirurgie blijvende littekens aan het gezicht heeft, verleent de maatschappij een eenmalige additionele uitkering van maximaal 5% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag met een maximum van €2.500,00 per gebeurtenis.

De vergoeding wordt uitsluitend verleend voor zover de behandeling plaatsvindt binnen twee jaar na de datum van het ongeval en de maatschappij hier vooraf toestemming voor heeft gegeven.

6.2 PERSOONLIJKE EIGENDOMMEN

In geval er door een ongeval of tijdens het verblijf in een ziekenhuis ten gevolge van een ongeval, schade is ontstaan aan persoonlijke bezittingen dan vergoedt de maatschappij de reparatiekosten tot maximaal €5.000,00 per gebeurtenis, tenzij de reparatiekosten hoger zijn dan het verschil van de dagwaarde direct voor en de waarde na de schade. In dat geval wordt het verschil vergoed.

6.3 DAGGELDUITKERING BIJ OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS OF REVALIDATIECENTRUM

In geval de verzekerde door een gedekt ongeval langer dan 24 uur in een ziekenhuis of revalidatiecentrum wordt opgenomen, betaalt de maatschappij € 75,00 per opnamedag met een maximum van 365 dagen. Indien ditzelfde ongeval en opname resulteert in de voortdurende bewusteloze staat van verzekerde, vergoedt de maatschappij aanvullend € 425,00 voor elke volle week dat verzekerde continu bewusteloos is, met een maximum van 104 weken.

6.4 OMSCHOLINGSKOSTEN

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

6.5 STRESSREDUCTIE

In geval de maatschappij een uitkering verleent voor het verlies van een ledemaat, het verlies van zicht of (indien meeverzekerd) tijdelijke arbeidsongeschiktheid van meer dan 30 werkdagen als gevolg van een werkgerelateerd ongeval, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten voor stress reductietrainingen tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis. De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de stress reductietrainingen binnen drie maanden na de datum van het ongeval zijn begonnen en indien de behandelend arts van de verzekerde met deze behandelingen heeft ingestemd.

6.6 HIV-BESMETTING

In geval een verzekerde besmet raakt met het HIV-virus, welke besmetting het nadrukkelijke en rechtstreekse gevolg is van een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens een behandeling, voorgeschreven door een erkende en bevoegde arts en is uitgevoerd door een daartoe erkende en bevoegde instantie, arts of verpleegkundige in een in Nederland erkend ziekenhuis, keert de maatschappij een eenmalig bedrag van € 25.000,00 uit per gebeurtenis.

6.7 REISKOSTEN

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

Ook gedekt zijn de in redelijkheid gemaakte reiskosten voor het rechtstreeks reizen van of naar het ziekenhuis door de partner en/of kinderen van verzekerde.

De vergoeding wordt voor een maximale duur van 104 weken verleend. De maatschappij vergoedt maximaal aan:

- verzekerde: € 50,00 per week met een maximum van € 7.500,00 per gebeurtenis;
- de partner en/of kind van de verzekerde: € 50,00 per week met een maximum van € 1.500,00 per gebeurtenis.

6.8 GEZINSONGEVAL

In geval van een gedekt ongeval met als gevolg overlijden of blijvende invaliditeit van verzekerde waarbij de partner en/of een kind in hetzelfde ongeval betrokken zijn en blijvend letsel oplopen, vergoedt de maatschappij elke getroffen partner en/of kind maximaal € 25.000,00 voor blijvende invaliditeit. Eventuele uitkeringen zullen conform artikel 9 van deze voorwaarden worden behandeld.

6.9 VERVANGINGSKOSTEN

In geval de maatschappij een uitkering verleent voor overlijden van een werknemer, vergoedt de maatschappij aan verzekeringnemer de in redelijkheid gemaakte kosten voor werving en selectie van een vervangende medewerker tot een maximum van € 10.000,00 per gebeurtenis. Verzekeringnemer is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

6.10 BEGRAFENIS- EN CREMATIEKOSTEN

In geval van een uitkering als gevolg van overlijden van een verzekerde, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte begrafenis- of crematiekosten tot een maximum van € 7.500,00 per persoon. Verzekeringnemer is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

6.11 TESTAMENTAIR EXECUTEUR

In geval van een uitkering als gevolg van overlijden van een verzekerde, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten tot een maximum van € 2.000,00 per gebeurtenis voor het gebruik maken van de diensten van een testamentair executeur. Verzekeringnemer is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

6.12 KINDEREN EN KINDEROPVANG

In geval de maatschappij een uitkering verleent in verband met het overlijden van een verzekerde als gevolg van een ongeval, wordt deze uitkering verhoogd met 5% per gezinslid tot de leeftijd van 18 jaar en/of een fulltime studierend kind tot de leeftijd van 27 jaar, met een maximum van 10% van de uitkering voor overlijden als gevolg van een ongeval.

Aan de partner van de overledene vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten voor erkende kinderopvang voor elk inwonend kind beneden de 5 jaar tot een maximum van € 2.500,00 per kind voor een maximale periode van 52 weken.

6.13 INKOMSTENBELASTING VRIJGESTELDE UITKERING

In geval de maatschappij een uitkering verleent in verband met het overlijden van een verzekerde werknemer als gevolg van een ongeval, wordt deze uitkering verhoogd met een eenmalige uitkering ter hoogte van drie maal het bruto maandsalaris met een maximum van € 15.000,00 per gebeurtenis. (Een eenmalige uitkering bij overlijden is tot maximaal driemaal het maandloon vrijgesteld van inkomstenbelasting. Het gedeelte boven driemaal het maandloon behoort tot het loon waarop de tabel bijzondere beloningen van toepassing is. Het loon voor het bepalen van de hoogte van deze vrijstelling is het bruto maandloon, inclusief 1/12 deel van het jaarbedrag aan vaste gegarandeerde beloningen).

6.14 VERMISSING

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

6.15 HUISAANPASSINGEN

Indien een verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval blijvend invalide wordt, vergoedt de maatschappij de noodzakelijke aanpassingen in en om de woning zodat verzekerde zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren. De maatschappij vergoedt maximaal € 5.000,00 voor dergelijke aanpassingen. Voorafgaande schriftelijke instemming van de maatschappij alsmede instemming van de behandelend arts zijn noodzakelijk. Voorwaarde is wel dat deze kosten niet of niet volledig worden vergoed door een uitkeringsinstantie of een (sociale) voorziening;

6.16 VERHUISKOSTEN

Indien een verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval blijvend invalide wordt, vergoedt de maatschappij de noodzakelijke verhuiskosten als direct gevolg van de blijvende invaliditeit.

Ten aanzien van artikel 6.15 en 6.16 tezamen vergoedt de maatschappij maximaal € 7.500,00. Voorafgaande schriftelijke instemming van de maatschappij alsmede instemming van de behandelend arts zijn noodzakelijk. Voorwaarde is wel dat deze kosten niet of niet volledig worden vergoed door een uitkeringsinstantie of een (sociale) voorziening;

6.17 AANPASSINGEN WERKPLEK EN / OF PERSONENAUTO

Indien er sprake is van meer dan 25% blijvende invaliditeit als gevolg van een gedekt ongeval, zal de maatschappij, indien noodzakelijk, een bedrag vergoeden ten aanzien van eenmalige aanpassingen aan verzekerde zijn/haar werkplek en/of personenauto.

De maatschappij vergoedt maximaal € 15.000,00 per ongeval voor dergelijke aanpassingen. Voorafgaande schriftelijke instemming van de maatschappij alsmede instemming van de behandelend arts zijn noodzakelijk. Voorwaarde is wel dat deze kosten niet of niet volledig worden vergoed door een uitkeringsinstantie of een (sociale) voorziening;

6.18 PSYCHOLOGISCHE BIJSTAND

In geval bij een verzekerde als gevolg van een ongeval blijvende invaliditeit is vastgesteld, vergoedt de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten verbonden aan psychologische bijstand, rechtstreeks verband houdende met dit ongeval, van de verzekerde.

Vergoed worden de in redelijkheid gemaakte kosten verbonden aan psychologische bijstand van de verzekerde tot een maximum van € 1.500,00 per gebeurtenis in geval van een invaliditeitspercentage van minder dan 50%. In geval van een invaliditeitspercentage van meer dan 50% tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis.

De vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de psychologische bijstand binnen drie maanden na de datum van het ongeval is begonnen en indien de behandelend arts van de verzekerde met deze behandelingen heeft ingestemd.

De maatschappij vergoedt uitsluitend het gedeelte van de kosten waarvoor derden krachtens enige wet of overeenkomst niet voor vergoeding in aanmerking komen. De verzekerde is verplicht de gemaakte kosten aan te tonen door middel van gespecificeerde rekeningen of andere originele bewijsstukken.

6.19 PARAPLEGIE, TRIPLEGIE & QUADRIPLEGIE

In geval van blijvende en volledige verlamming als gevolg van een gedekt ongeval van:

- de twee onderste ledematen, blaas en rectum (Paraplegie)
- drie van de vier ledematen (Triplegie)
- de vier ledematen (Quadriplegie)

zal de volgende uitkering worden toegevoegd aan de uitkering voor blijvende invaliditeit:

Paraplegie :	€ 25.000,00
Triplegie :	€ 75.000,00
Quadriplegie :	€ 150.000,00.

6.20 GEZINSHULP

In geval er sprake is van meer dan 50% blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval, vergoedt de maatschappij, indien noodzakelijk, een door de overheid erkende gezinshulp in het huishouden van verzekerde tot een maximum van € 5.000,00 per gebeurtenis.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de maatschappij hier vooraf schriftelijk toestemming voor heeft gegeven, indien de gezinshulp de instemming van de behandelende arts van verzekerde heeft en voor zover deze kosten niet krachtens een wettelijke regeling vergoed worden.

6.21 DUBBELE UITKERING

Indien de verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval overlijdt of blijvend voor 100% invalide wordt, zal verzekeraar het verzekerde bedrag bij overlijden respectievelijk het verzekerde bedrag bij blijvende invaliditeit verdubbelen en uitkeren indien het ongeval het gevolg is van:

- brand in een woning;
- enig ongeluk overkomen aan een openbaar vervoermiddel (uitgezonderd (lucht)vaartuigen), waarin verzekerde als passagier had plaatsgenomen;

6.22 VEILIGHEIDSGORDEL

Indien verzekerde als gevolg van een verkeersongeval overlijdt en vaststaat dat hij een veiligheidsgordel droeg, wordt het uit te keren bedrag voor rubriek A (overlijden) verhoogd met € 5.000,00.

6.23 TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

De als gevolg van een gedekt ongeval gemaakte tandheelkundige kosten, waaronder ook wordt verstaan de aanschaf, vervanging of reparatie van een prothese, worden vergoed tot een maximum van € 5.000,00 per verzekerde per kalenderjaar, onder aftrek van de vergoedingen waarop verzekerde uit anderen hoofde recht heeft.

De kosten worden vergoed na ontvangst van de betreffende rekeningen (incl. het bewijs van betaling daarvan) en – indien van toepassing - een bewijs van een uit anderen hoofde verkregen vergoeding.

Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op andere uitkeringen onder deze polis.

6.24 HULPMIDDELEN

De als gevolg van een gedekt ongeval gemaakte kosten voor de aanschaf van hulpmiddelen worden vergoed tot een maximum van € 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar, onder aftrek van de vergoedingen waarop verzekerde uit anderen hoofde recht heeft.

De kosten worden vergoed na ontvangst van de betreffende rekeningen (incl. het bewijs van betaling daarvan) en – indien van toepassing - een bewijs van een uit anderen hoofde verkregen vergoeding.

Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op andere uitkeringen onder deze polis en zal alleen worden uitgekeerd indien de getroffen verzekerde op het moment van het ongeval een aanvullende zorgverzekering bij Aevitae heeft ondergebracht.

Onder hulpmiddelen worden verstaan alle middelen welke voldoen aan de omschrijving hiervan zoals opgenomen in de betreffende aanvullende zorgverzekering van Aevitae.

6.25 PREPENSIOEN

Ten aanzien van personeelsleden die gedurende het verzekeringsjaar met prepensioen gaan, biedt deze verzekering vanaf het moment dat verzekerde met prepensioen gaat, tot het einde van dat betreffende verzekeringsjaar een 24-uurs dekking tegen de navolgende verzekerde bedragen per persoon:

€ 25.000,00 bij overlijden;

€ 50.000,00 bij algehele blijvende invaliditeit.

Deze dekking is alleen van kracht indien uit de polis blijkt dat verzekeringnemer alle personeelsleden voorkomende in de salarisadministratie, op basis van een 24-uurs dekking, onder deze verzekering heeft verzekerd;

6.26 LEVENSREDDER

Indien een derde (niet zijnde een verzekerde of verzekeringnemer) lichamelijk letsel oploopt, terwijl hij/zij het leven tracht te redden van een verzekerde, wat binnen 2 jaar resulteert in de dood of blijvende invaliditeit van deze derde, zal de maatschappij een bedrag van € 25.000,00 bij overlijden of als maximum bedrag bij blijvende algehele invaliditeit uitkeren.

Deze uitkering wordt vergoed aan deze derde en/of diens wettige erven;

6.27 CATASTROFE DEKKING

Indien ten gevolge van één en hetzelfde gedekte ongeval 5 of meer directie- en/of personeelsleden gelijktijdig of binnen zes maanden na het ongeval komen te overlijden, dan keert de maatschappij, ten behoeve van verzekeringnemer, een aanvullend bedrag uit van 25% van het verzekerde bedrag inzake de betreffende verzekerden.

De aanspraken uit hoofde van deze catastrofe dekking zullen nooit meer bedragen dan € 250.000,00 per gebeurtenis of reeks van met elkaar verband houdende gebeurtenissen als gevolg waarvan ongevallen ontstaan;

6.28 MOORD/DOODSLAG

Indien verzekerde geheel buiten zijn/haar wil slachtoffer is geworden van moord of doodslag niet zijnde eerwraak of een afrekening in het criminele circuit, zal de maatschappij de in redelijkheid gemaakte kosten vergoeden t.b.v. een stille tocht of herdenkingsdienst.

Deze kosten zullen worden vergoed aan verzekeringnemer met een maximum van € 5.000,00.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de maatschappij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven ten aanzien van het maken van deze kosten;

6.29 REPUTATIESCHADE

Indien een verzekerde overlijdt of blijvend invalide wordt ten gevolge van een gedekt ongeval welke plaats vindt in het gebouw en/of op het terrein van verzekeringnemer, dan vergoedt de maatschappij maximaal € 10.000,00 aan gemaakte pr- en mediakosten om de reputatie van verzekeringnemer veilig te stellen.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de kosten worden gemaakt binnen 15 dagen na het ontstaan van het ongeval, de maatschappij vooraf (schriftelijke) toestemming hebben gegeven, deze kosten aantoonbaar niet of niet volledig elders zijn verzekerd en er geen sprake is van verwijtbaar handelen of grove nalatigheid van verzekeringnemer;

6.29 TERUGZENDKOSTEN PERSOONLIJKE BEZITTINGEN

Indien een verzekerde ten gevolge van een gedekt ongeval in het buitenland overlijdt of langer dan 72 uur in een ziekenhuis is opgenomen, vergoedt de maatschappij de noodzakelijke kosten van verzending van de persoonlijke en zakelijke bezittingen welke verzekerde bij zich had, tot een maximum bedrag van € 1.500,00.

Voorwaarde is wel dat deze kosten niet of niet volledig worden vergoed door een andere verzekering;

6.30 VERHOOGDE UITKERING BLIJVENDE INVALIDITEIT

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 meer dan 50% blijvend invalide is geworden en waarvoor onder deze polis terecht een claim is ingesteld, zal het uit te keren bedrag, uitsluitend ten aanzien van de rubriek blijvende invaliditeit worden verhoogd met 25%, onverminderd de in deze polis vermelde maxima per persoon en per gebeurtenis.
Verzekeringnemer is verplicht in geval van schade het bewijs te leveren, dat getroffen op het moment van het ongeval werkzaamheden voor verzekeringnemer verrichtte of zou gaan verrichten;

6.31 SECUNDAIRE MEDISCHE KOSTEN T.G.V. AGRESSIE

Indien een verzekerde slachtoffer wordt van onuitgelokt geweld door derde(n), welke het rechtstreekse gevolg is van de werkzaamheden, welke verzekerde uit hoofde van zijn/haar functie verricht, dan vergoedt de maatschappij maximaal €500,00 ten aanzien van gemaakte medische kosten voor zover niet onder de primaire zorgverzekering of –voorziening zijn gedekt, dan wel niet onder de primaire zorgverzekering of –voorziening worden vergoed ten gevolge van een vrijwillig gekozen eigen risico of vergoedingsmaximum.
Als voorwaarden voor een vergoeding krachtens dit artikel geldt, dat de verzekerde rechten kan ontlene aan een in Nederland gesloten primaire zorgverzekering;

6.32 PREMATUUR OVERLIJDEN ONGEBOREN KIND

Indien een zwangere verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval haar ongeboren kind van 24 weken of ouder verliest, zal de maatschappij de kosten vergoeden van een uitvaart van het prematuur overleden kind en/of de kosten van de reeds aangekochte babyspullen.
Deze kosten zullen worden vergoed aan verzekerde met een maximum van € 7.500,00;

Artikel 7 Maximum verzekerde bedragen

7.1 PER PERSOON

Op het polisblad staan per groep de verzekerde bedragen per persoon.

7.2 PER GEBEURTENIS

Voor zover op het polisblad een maximum verzekerd bedrag vermeld staat, geldt dit bedrag per gebeurtenis of reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende gebeurtenissen voor alle groepen samen en ongeacht het aantal betrokken verzekerden. Zo nodig worden de verzekerde bedragen naar evenredigheid verlaagd.

Artikel 8 Begrip Jaarloon

8.1 VOOR DE VERZEKERDE BEDRAGEN

Het bruto jaarloon van de verzekerde zoals dat aan de belastingdienst wordt opgegeven over een periode van twaalf maanden onmiddellijk voorafgaand aan het ongeval. Als het dienstverband niet de volledige periode van twaalf maanden heeft bestaan, wordt het loon pro rata doorgerekend alsof het dienstverband voor een periode van twaalf maanden heeft bestaan.

8.2 VOOR DE BEREKENING VAN DE PREMIE

Het totale bruto jaarloon van alle verzekerden zoals dat aan de belastingdienst opgegeven moet worden.

Artikel 9 Uitkeringen

9.1 OVERLIJDEN

Bij overlijden van de verzekerde door een ongeval keert de maatschappij het voor overlijden verzekerde bedrag uit.

In geval de verzekerde als gevolg van een ongeval overlijdt en de maatschappij al een uitkering voor blijvende invaliditeit heeft gedaan dan wordt deze uitkering in mindering gebracht op de uitkering voor overlijden. Is de uitkering voor blijvende invaliditeit hoger geweest dan wordt het meerdere niet teruggevorderd.

In geval de verzekerde na een ongeval overlijdt door een andere oorzaak dan dit ongeval dan keert de maatschappij het bedrag uit dat zij naar redelijke verwachting voor blijvende invaliditeit zou hebben moeten uitkeren.

In geval de verzekerde door een ongeval buiten Nederland, dan wel buiten het land waar verzekerde woonachtig is overlijdt, betaalt de maatschappij een bijdrage aan de gemaakte kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot naar Nederland, dan wel het land waar verzekerde woonachtig was, tot ten hoogste € 12.000,00. Deze bijdrage wordt uitsluitend betaald als excident op verzekerde bedragen elders en wordt dan ook uitsluitend betaald als de gemaakte kosten niet of slechts gedeeltelijk onder een of meerdere elders lopende verzekeringen al dan niet van oudere datum of enige wet of andere voorziening zijn gedekt, of bij ontbreken van deze verzekering zouden zijn gedekt.

9.2 BLIJVENDE INVALIDITEIT

Bij blijvende invaliditeit van de verzekerde door een ongeval keert de maatschappij het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag uit.

Van blijvende invaliditeit is sprake als twee jaar na het ongeval geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van een orgaan, enig lichaamsdeel of lichaamsfunctie geneeskundig wordt vastgesteld, of zoveel eerder als redelijkerwijs te voorzien is dat de invaliditeitstoestand van de verzekerde niet meer zal veranderen, noch de dood tot gevolg zal hebben.

De blijvende invaliditeit wordt uiterlijk twee jaar na het ongeval vastgesteld en uitgedrukt in een percentage.

De vaststelling van het percentage van blijvende invaliditeit wordt bepaald op basis van een geneeskundig onderzoek en vindt plaats volgens objectieve maatstaven, 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.

Bij de vaststelling wordt geen rekening gehouden met (mogelijke) toekomstige wijziging van de invaliditeit en het beroep van de verzekerde.

9.2.1 Invaliditeitsschaal

Bij gedeeltelijk verlies of blijvend gedeeltelijk functieverlies wordt een evenredig deel van het vermelde percentage vastgesteld.

Bij verlies of blijvend functieverlies van meerdere vingers van één hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies of blijvend functieverlies van de gehele hand.

Bij verlies of blijvend functieverlies van (een deel van) een arm en/of hand wordt niet meer uitgekeerd dan voor het verlies van de gehele arm.
 Bij verlies of blijvend functieverlies van (een deel van) een been en/of voet wordt niet meer uitgekeerd dan voor verlies van het gehele been.
 Voor verlies of functieverlies van meerdere lichaamsdelen, -functies en/of organen als gevolg van één ongeval wordt samen niet meer uitgekeerd dan het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.
 Bij geheel verlies of blijvend volledig functieverlies van de onderstaande lichaamsdelen, lichaamsfuncties en organen gelden de daarbij vermelde percentages van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag:

Invaliditeitsschaal

• het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
• het gezichtsvermogen van een oog	50%
• het gehoorvermogen van beide oren	100%
• het gehoorvermogen van een oor	30%
• oorschelp	5%
• de neus	10%
• de reuk	10%
• de smaak	10%
• een arm tot in het schoudergewricht	100%
• een hand tot in het polsgewricht	70%
• een duim	30%
• een wijsvinger	20%
• elke andere vinger	15%
• een long	30%
• de milt	10%
• alveesklier	70%
• een nier	20%
• voortplantingsorganen	35%
• het volledig verlies van de kauwfunctie	15%
• volledig natuurlijk gebit	2,5%
• een been tot in het heupgewricht	100%
• een voet tot in het enkelgewricht	65%
• een grote teen	10%
• een andere teen	5%
• 100% verlies van het spraak-, hoor-, reuk-, en smaakvermogen	50%
• cervicaal acceleratie- of deceleratietrauma zonder objectief geneeskundig vast te stellen neurologische en/of orthopedische afwijkingen (post-whiplash-syndroom)	0-8%
• postcommotioneel syndroom	0-8%
• cervicaal acceleratie-/deceleratieletsel van de wervelkolom met neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen	8-15%
• blijvende algehele onbruikbaarheid van de wervelkolom met volledig verlies van de typische wervelkolomactie en bewegingsfuncties zonder neurologische verschijnselen	75%
• verlies van verstandelijke vermogens	100%
• verlies hersenfuncties door traumatische beschadiging hersenen	100%

9.2.2 Vaststelling mate van blijvende invaliditeit in overige gevallen

Voor alle niet onder "Invaliditeitsschaal" vermelde gevallen van blijvende invaliditeit worden twee percentages vastgesteld. Eén percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde en één percentage aangevende de mate van blijvende ongeschiktheid van verzekerde om zijn of haar beroep uit te oefenen. Als grondslag voor de uitkering wordt het hoogste percentage aangehouden. Als uitkering wordt verleend op basis van het percentage blijvende ongeschiktheid om het beroep uit te oefenen dan wordt de progressieve invaliditeitsuitkering, voor zover meeverzekerd, hierop niet toegepast.

9.2.3 Invloed ziekte, gebrek of bestaande invaliditeit

Verergering van een bestaande ziekte door een ongeval geeft op zichzelf geen recht op uitkering.
 Verergering van de gevolgen van een ongeval door ziekte, gebrek of bestaande invaliditeit vóór het ongeval, wordt bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit buiten beschouwing gelaten.
 Verergering van de gevolgen van een ongeval door ziekte of gebrek, die ná het ongeval maar onafhankelijk daarvan is ontstaan, wordt bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit buiten beschouwing gelaten.
 Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt een al vóór het ongeval bestaande blijvende invaliditeit in mindering gebracht.
 Bij vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval, en/of het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel en/of de daaruit voortkomende blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg hebben. Dit geldt niet indien geneeskundig is vast te stellen dat de psychische reactie het rechtstreeks gevolg is van een door het ongeval veroorzaakte blijvende beschadiging van het hersenweefsel.

9.2.4 **Betaling van de uitkering**

De maatschappij verplicht zich om binnen twee maanden na ontvangst van de eindrapporten en/of definitieve adviezen verzekeringnemer en/of begunstigde(n) mee te delen of en welke uitkering voor blijvende invaliditeit zal worden verleend.

Het voor blijvende invaliditeit uit te keren bedrag wordt verhoogd met een rente van 6% per jaar, met een maximum van twee jaar. Deze rente wordt pro rata berekend vanaf de dag dat de maatschappij de melding heeft ontvangen tot en met de dag waarop de maatschappij het uitkeringsvoorstel schriftelijk heeft uitgebracht en wordt gelijktijdig met de uitkering betaald.

De uitkering voor blijvende invaliditeit wordt onmiddellijk betaald nadat de maatschappij het schriftelijk voorstel door de begunstigde(n) voor akkoord ondertekend terug ontvangen heeft.

Artikel 10 **Melding ongeval**

10.1 **MELDING OVERLIJDEN EN VERMISSING**

In geval van overlijden van de verzekerde dient dit zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, maar in ieder geval uiterlijk achtenveertig uur voor de crematie of begrafenis aan de maatschappij gemeld te worden. Het recht op uitkering vervalt indien de melding niet tijdig is gedaan en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

In geval van vermissing van de verzekerde dient dit zo spoedig mogelijk schriftelijk aan de maatschappij gemeld te worden.

10.2 **MELDING BLIJVENDE INVALIDITEIT**

In geval van blijvende invaliditeit of de kans op blijvende invaliditeit van de verzekerde aanwezig is, dient dit zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, maar in ieder geval binnen drie maanden na het ongeval, schriftelijk aan de maatschappij gemeld te worden.

Het recht op uitkering vervalt indien de melding niet tijdig is gedaan en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

10.3 **MELDING BESCHADIGING PERSOONLIJKE BEZITTINGEN**

In geval persoonlijke bezittingen beschadigd zijn, dient dit zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, maar in ieder geval binnen een maand na het ongeval, aan de maatschappij gemeld te worden. Het recht op uitkering vervalt indien de melding niet tijdig is gedaan en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

Artikel 11 **Verplichtingen na ongeval**

11.1 **VERPLICHTINGEN VERZEKERDE**

In geval van een ongeval is de verzekerde verplicht:

- zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en al het mogelijke te doen om een spoedig herstel te bevorderen onder meer door de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
- zich wanneer dit door de maatschappij verlangd wordt te laten onderzoeken door een door de (adviseur(s) van de) maatschappij aangewezen arts of zich ter observatie op te laten nemen in een door de (adviseur(s) van de) maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere geneeskundige inrichting. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij;
- de door de (adviseur(s) van de) maatschappij aangewezen artsen naar waarheid alle gewenste informatie betreffende ongeval, letsel, beroep, werkzaamheden en arbeidsongeschiktheid te verstrekken;
- de maatschappij zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is van geheel of gedeeltelijk herstel op de hoogte brengen.

11.2 **VERPLICHTINGEN VERZEKERINGNEMER EN/OF VERZEKERDE EN/OF BEGUNSTIGDE(N)**

In geval van een ongeval is/zijn de verzekeringnemer en/of de verzekerde en/of de begunstigde(n) verplicht:

- het ongeval binnen de voorgeschreven termijn te melden;
- de maatschappij een schriftelijke en ondertekende verklaring te overleggen met daarin opgenomen de oorzaak en toedracht van het ongeval, alsmede de aard en omvang van het letsel;
- de maatschappij en de door haar ingeschakelde adviseurs zo volledig mogelijk over het ongeval te informeren en verder alle medewerking te verlenen, alsmede alle gewenste gegevens en/of stukken te verstrekken. Dit kunnen onder andere zijn een geboortebewijs, een bewijs van overlijden, een akte van erfrecht, een schriftelijke toestemming voor sectie of opgraving, een accountantsverklaring betreffende het bruto jaarloon van verzekerde of een rekening;
- de maatschappij een opgave te verstrekken van alle hen bekende verzekeringen die op het moment van het ongeval geheel of gedeeltelijk betrekking hebben op dezelfde verzekerde uitkeringen.

Artikel 12 **Verval van rechten**

De door de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de begunstigde(n) over het ongeval verstrekte dan wel te verstrekken opgaven, schriftelijk of mondeling, dienen mede tot de vaststelling van de oorzaak en toedracht van het ongeval, de aard en omvang van het letsel en het recht op uitkering.

Het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de begunstigde niet aan de voorgeschreven verplichtingen na ongeval als genoemd in Artikel 11 heeft/hebben voldaan, tenzij zij bewijzen dat hen redelijkerwijs niets te verwijten valt en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

Het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de begunstigde onjuiste gegevens heeft/hebben verstrekt met het opzet de maatschappij te misleiden, voor zover deze misleiding het verval van recht op uitkering rechtvaardigt.

Het recht op uitkering vervalt als het ongeval niet op de in deze voorwaarden voorgeschreven wijze is gemeld en de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

Artikel 13 Verjaring

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

De begunstigde kan de verjaring stuiten door een schriftelijke mededeling waarin aanspraak wordt gemaakt op uitkering. Een nieuwe termijn gaat lopen nadat de maatschappij hetzij de aanspraak erkent, dan wel schriftelijk heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen met vermelding dat de rechtsvordering verjaart door verloop van drie jaar.

Artikel 14 Wijziging van hoedanigheid of werkzaamheden

Indien de hoedanigheid of de aard van de werkzaamheden van de verzekeringnemer wijzigt en niet meer overeenstemt met wat het laatst hierover aan de maatschappij is gemeld, is de verzekeringnemer verplicht dit zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, maar in ieder geval binnen dertig dagen na de wijziging te melden.

Indien deze wijziging volgens de maatschappij een vermindering van het risico betekent, zullen de premie en/of voorwaarden voor zover mogelijk hieraan worden aangepast. De ingangsdatum van deze aanpassing is de dag dat de maatschappij hiervan in kennis is gesteld.

Indien deze wijziging een verzwaring van het risico is die voor de maatschappij aanvaardbaar is, heeft de maatschappij het recht een hogere premie en/of andere voorwaarden te stellen. De ingangsdatum van de aanpassing is de dag dat het risico gewijzigd is. De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing van de verzekering aan het verzwaarde risico te weigeren binnen dertig dagen na de dag dat de maatschappij dit heeft meegedeeld. In dit geval eindigt de verzekering aan het eind van de dag dat de maatschappij deze weigering ontvangt. Maakt de verzekeringnemer binnen de gestelde termijn van dit recht geen gebruik, dan wordt aangenomen dat deze aanpassing door de verzekeringnemer is aanvaard.

Indien de verzwaring van het risico voor de maatschappij niet aanvaardbaar is, heeft de maatschappij het recht de verzekering op te zeggen met inachtneming van een termijn van ten minste veertien dagen.

Indien een verzwaring van het risico niet aan de maatschappij gemeld wordt en deze verzwaring voor de maatschappij aanvaardbaar is, dan zijn de voor het verzwaarde risico geldende hogere premie en/of andere voorwaarden van kracht met ingang van de dertigste dag na de dag dat de wijziging is ingegaan. Voor ongevallen ontstaan als gevolg van werkzaamheden van de verzekerde wordt gelijktijdig het recht op uitkering verlaagd in de verhouding van de betaalde premie tot de premie die voor het verzwaarde risico verschuldigd zou zijn.

Indien een verzwaring van het risico niet aan de maatschappij gemeld wordt en deze verzwaring voor de maatschappij niet aanvaardbaar is, dan is met ingang van de dertigste dag na de dag dat de wijziging is ingegaan, de verzekering slechts van kracht voor ongevallen die niet zijn ontstaan als gevolg van de werkzaamheden van de verzekerde. De verzekeringnemer heeft het recht de hierdoor beperkte verzekering op te zeggen. In dit geval eindigt de verzekering aan het eind van de dag dat de maatschappij deze opzegging ontvangt.

Artikel 15 Premie

15.1 PREMIEBETALING

De verzekeringnemer is verplicht de premie, de kosten en eventuele assurantiebelaasting vooruit te betalen, uiterlijk op de dertigste dag nadat zij verschuldigd worden.

15.2 NAVERREKENING VAN PREMIE

Als de premie afhankelijk is van steeds wisselende factoren, zoals het bruto jaarloon of het aantal personen, dan is de op het polisblad genoemde premie de voorschotpremie.

Zodra (een van) deze factoren meer dan 20% afwijk(t)en van de voor de berekening van de voorschotpremie gebruikte gegevens is verzekeringnemer verplicht dit binnen twee maanden aan de maatschappij op te geven. Op basis van deze opgave wordt de premie herberekend. Indien blijkt dat niet aan deze verplichting is voldaan, heeft de maatschappij het recht de uitkering pro rata aan te passen.

Voor polissen met een jaarpremie onder de € 1.500,00 stellen wij de jaarlijkse premie als vaste premie. Voor deze polissen geldt eveneens dat zodra (een van) deze factoren van de voor de berekening van deze vaste premie gebruikte gegevens meer

dan 20% afwijk(t)en, verzekeringnemer verplicht is dit binnen twee maanden aan verzekeraar op te geven. Op basis van deze eventuele opgave wordt de eerstkomende premie opnieuw vastgesteld. Het niet inzenden van deze gegevens kan tot de consequentie leiden dat verzekeraar eventuele uitkeringen pro rata zal aanpassen.

Voor polissen met een jaarlijkse voorschotpremie tussen de € 1.500,00 en € 2.500,00 vraagt de maatschappij om de drie jaar om opgave van de gegevens benodigd voor de premieberekening. Op basis van deze opgave wordt de jaarlijks te betalen voorschotpremie per eerstkomende premievalidatum aangepast. Er vindt geen naverrekening plaats.

Als de voorschotpremie € 2.500,00 of meer bedraagt dan wordt de opgave jaarlijks opgevraagd. Op basis van deze opgave wordt de premie herberekend.

Als deze premie € 50,00 of meer afwijkt van de voorschotpremie dan wordt de premie naverrekend over het afgelopen verzekeringsjaar en wordt de jaarlijks te betalen voorschotpremie aangepast en verrekend.

In geval de verzekeringnemer de opgave niet binnen een termijn van twee maanden na vervaldatum van de polis of twee maanden na het verzoek van de maatschappij aan de maatschappij verstrekt, is de maatschappij bevoegd de premie vast te stellen op 125% van de voorschotpremie of zoveel meer als de maatschappij redelijk acht.

15.3 TERUGBETALING VAN PREMIE

De maatschappij betaalt geen premie terug:

- in geval van overlijden van de verzekerde en de maatschappij hiervoor enige uitkering heeft gedaan;
- in geval van beëindiging wegens opzettelijke misleiding van de maatschappij.

Bij beëindiging van de verzekering, om andere redenen dan de twee hiervoor genoemde, betaalt de maatschappij de premie terug over de periode waarin de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten.

15.4 WANBETALING EN DE GEVOLGEN DAARVAN

Niet gedekt zijn gebeurtenissen die plaatsvinden gedurende de tijd dat verzekeringnemer in gebreke is de nota te voldoen.

Ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig. Verzekeringnemer blijft verplicht de nota te voldoen. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die plaatsvinden na de dag waarop de nota is voldaan, mits deze niet zijn veroorzaakt gedurende de periode waarin verzekeringnemer in

gebreke was de nota te voldoen.

Artikel 16 Wijziging van premie en/of voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden voor bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Als deze verzekering tot die groep behoort, heeft de maatschappij het recht de verzekering tussentijds aan deze wijziging aan te passen. De verzekeringnemer wordt schriftelijk van deze wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd. Als de wijziging in het nadeel van de verzekeringnemer of de begunstigde is, heeft de verzekeringnemer het recht de overeenkomst op te zeggen per de in de mededeling van de maatschappij genoemde wijzigingsdatum en in ieder geval gedurende een maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

Indien de wijziging uitsluitend een bepaalde groep van verzekerde personen of een bepaald onderdeel van de verzekering betreft, geldt deze bepaling uitsluitend voor deze groep of dit onderdeel.

Indien bij het vaststellen van het tarief en/of de voorwaarden is uitgegaan van een opgave door de verzekeringnemer en een vervolggopgave een verlaging van het verzekerde belang inhoudt, heeft de maatschappij het recht het tarief en/of de voorwaarden aan te passen. In dit geval heeft de verzekeringnemer geen mogelijkheid tot opzegging van de verzekering, anders dan per eerstkomende contractsvervaldatum.

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer geldt niet in geval de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt, dan wel dat de wijziging van de premie en/of voorwaarden het gevolg is van wettelijke regelingen of bepalingen.

Artikel 17 Einde van de dekking

De dekking voor een individuele verzekerde eindigt automatisch op de dertigste dag na de datum waarop die verzekerde zich blijvend buiten Nederland of het grensgebied in België en/of Duitsland, dan wel buiten het op het polisblad vermelde land gevestigd heeft.

Artikel 18 Duur, verlenging en einde van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad vermelde termijn en wordt telkens stilzwijgend met een gelijke termijn verlengd.

De verzekering kan per de einddatum beëindigd worden door schriftelijke opzegging van de verzekeringnemer of de maatschappij aan de andere partij met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden.

18.1 TUSSENTIJDSE BEËINDIGING DOOR DE MAATSCHAPPIJ

De verzekering kan door de maatschappij tussentijds schriftelijk worden opgezegd:

- in geval van wanbetaling;
- met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden in geval met opzet niet is voldaan aan de verplichtingen na een ongeval als genoemd in Artikel 11.

In geval de maatschappij ontdekt dat de verzekeringnemer voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst opzettelijk verkeerde of onwaarachtige mededelingen heeft gedaan of feiten en omstandigheden heeft verzwegen van zodanige aard dat de maatschappij de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten, kan de maatschappij de verzekering binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang opzeggen.

18.2 TUSSENTIJDSE BEËINDIGING DOOR VERZEKERINGNEMER

De verzekering kan door de verzekeringnemer tussentijds schriftelijk worden opgezegd als verzekeringnemer niet akkoord gaat met een wijziging als gevolg van een beroeps- of bedrijfswijziging als genoemd in Artikel 14 of een aanpassing van de premie en/of voorwaarden als genoemd in Artikel 16.

Artikel 19 Samenloop voorwaarden

Op deze verzekering kunnen naast de Algemene Voorwaarden, bijzondere voorwaarden en clausules van toepassing zijn. In dat geval gaan de bijzondere voorwaarden en/of clausules voor op de Algemene Voorwaarden.

Artikel 20 Toepasselijk recht en geschillen

Het Nederlands recht is op deze verzekering van toepassing.

Eventuele geschillen dienen te worden voorgelegd aan de bevoegde rechter in Amsterdam, tenzij partijen overeenkomen het geschil aan arbiters voor te leggen.

Artikel 21 Klachtenregeling

Voor eventuele klachten die verband houden met de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich in eerste instantie wenden tot:
de afdeling Klachtenmanagement van Aevitae B.V., Postbus 2705, 6401 DE Heerlen.

Artikel 22 Persoonsregistratie

De voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst benodigde persoonsgegevens worden opgenomen in een door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Deze registratie is vereist voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Op deze registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. In deze gedragscode zijn de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking vastgelegd. De volledige tekst van de gedragscode kan worden opgevraagd bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars in Den Haag of via www.verzekeraars.nl.

Artikel 23 Terrorismedekking

Hiermee wordt aangetekend dat het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. en het Protocol Afwikkeling Claims van toepassing zijn. De teksten van het Clausuleblad en het Protocol maken integraal deel uit van deze verzekering. De teksten van het Clausuleblad en het Protocol zijn in deze voorwaarden opgenomen en zijn tevens te raadplegen op www.terrorismeverzekerder.nl. In geval van tegenstrijdigheden tussen deze verzekering en het Clausuleblad en/of Protocol geldt het Clausuleblad en/of het Protocol.

Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 kwaadwillige besmetting:

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 preventieve maatregelen:

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

1.4 nederlandse herverzekeringmaatschappij voor terrorismeschaden n.v. (nht):

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

1.5 verzekeringsovereenkomsten:

- vereenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- vereenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- vereenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 in Nederland toegelaten verzekeraars:

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

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

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

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

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar.

Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

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

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/ of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2.24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

- 3.1** Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.
- 3.2** De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
- 3.3** Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.
- 3.4** De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

EV-11037-01