



Quantum Leben AG · Städtle 18 · 9490 Vaduz · Liechtenstein

Polisvoorwaarden
Quantum Leben - Collectieve Ongevallen
Verzekering 2021

QL-GPA-0421

Inhoudsopgave

Algemene bepalingen

1. Definities
2. Duur en einde van uw verzekering
3. Uitsluitingen
4. Verzekering actueel houden
5. Tussentijdse wijzigingen van de verzekering door verzekeraar
6. Verplichtingen na een ongeval
7. Vaststelling bij de uitkering van bij blijvende invaliditeit
8. Premie
9. Fraude
10. Persoonsgegevens
11. Klachten
12. Toepasselijk recht
13. Verzekeringsgebied
14. Molest
15. De dekking van de Ongevallen verzekering
16. Aanvullende dekkingen van de Ongevallen verzekering
 - + Clausuleblad terrorismedekking (NHT)

1. Definities

In deze voorwaarden verstaan we onder:

1.1 Administrateur

Het door verzekeraar aangewezen kantoor, die de polis afgifte en schade behandeling namens de verzekeraar uitvoert.

1.2 Begustigde

Tenzij anders is overeengekomen en aangetekend op het polisblad geschiedt de uitkering:

- a. in geval van overlijden van verzekerde aan diens partner en bij ontbreken hiervan, aan de wettige erfgenamen van verzekerde. Bij ontstentenis daarvan aan hun rechtverkrijgenden;
- b. -In geval van blijvende invaliditeit aan verzekerde, doch voor minderjarigen aan de (pleeg)ouders.

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

1.2 Begustigde

Tenzij anders is overeengekomen en aangetekend op het polisblad geschiedt de uitkering:

- in geval van overlijden van verzekerde aan diens partner en bij ontbreken hiervan, aan de wettige erfgenamen van verzekerde. Bij ontstentenis daarvan aan hun rechtverkrijgenden;
- -In geval van blijvende invaliditeit aan verzekerde, doch voor minderjarigen aan de (pleeg)ouders.

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

1.3 Bevoegd arts

In Nederland:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

Buiten Nederland:

Iedere natuurlijke persoon in het betreffende land, die wettelijk bevoegd is om aldaar de geneeskunde uit te oefenen en daartoe ingeschreven is in een register dat vergelijkbaar is met het register in Nederland, dan wel, bij gebreke in het betreffende land van een dergelijk register, een functie uitoefent die vergelijkbaar is met een persoon die in Nederland bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen en die niet zelf de verzekerde of een bloed- of aanverwante van de verzekerde is.

1.4 Bezoeker

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

1.5 Blijvende invaliditeit

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

1.6 Contractperiode

De periode van 12 maanden waarvoor verzekeringnemer de verzekering afsluit.

1.7 Contractvervaldatum

De datum waarop de verzekering vervalt. De contractvervaldatum staat vermeld op het polisblad.

1.8 Jaarloon

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

1.9 Kinderen

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

1.10 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.

1.11 Ongeval

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

Onder ongeval wordt ook verstaan:

- a. de gevolgen van een onjuiste medische behandeling, wondinfectie of bloedvergiftiging rechtstreeks verband houdende met een gedekt ongeval;
- b. letsel als gevolg van rechtmatige zelfverdediging, redding (of poging daartoe) van in gevaar verkerende personen, dieren of goederen;
- c. het acuut en ongewild binnenkrijgen van vaste, vloeibare en/of gasvormige stoffen welke schadelijk zijn voor de gezondheid;
- d. beten van dieren, waaronder insecten;
- e. verstuijing, verzwikking, ontwrichting, verrekking of scheuring van een spier, pees, ligament of kapsel;
- f. uitputting en ontbering bij afzondering van de buitenwereld als gevolg van een ramp (watersnood, schipbreuk, noodlanding, instorting e.d.), uitzonderlijke weersomstandigheden, bevriezing, hitteberoerte, onopzettelijke verdrinking, onopzettelijke verstikking (niet tengevolge van ziekte), blikseminslag, zonnesteek;
- g. bacteriële vergiftiging door een onvrijwillige val in een vaste of vloeibare stof;
- h. koepokken, miltvuur; mond- en klauwzeer, schurft, trichophythise en runderbrucellose (ziekte van Bang);
- i. lumbago (lendespit), peesschede ontsteking (tendovaginitis crepitans), zweeps slag (coup de fouet), tennisarm (epicondylitis humeri), hernia en ingewandsbreuk mits geopereerd;

1.12 Paraplegie

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

1.13 Partner

- De echtgenoot, echtgenote of de geregistreerd partner van de verzekerde, óf
- de persoon met wie de verzekerde een notarieel samenlevenscontract heeft gesloten.

1.14 Persoonlijke bezittingen

Eigendommen die verzekerde in bewaring, beheer heeft (anders dan geld, voertuigen, fietsen, drones, voertuigonderdelen, en toebehoren).

1.15 Polisblad

De door de verzekeraar afgegeven akte welke strekt tot het bewijs van bestaan van de verzekeringsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde voorwaarden.

1.16 Premie

Het bedrag dat verzekeringnemer moet betalen voor de verzekering(en). De premie staat vermeld op het polisblad.

1.17 Quadriplegie

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

1.18 Triplegie

De blijvende en volledige verlamming van drie van de vier ledematen.

1.19 Verlies van een ledemaat

In het geval van een been of onderste ledemaat:

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

In het geval van een arm of bovenste ledemaat:

- a. verlies door blijvende lichamelijke scheiding van de vier vingers aan of boven de meta-carpo-phalangeal gewrichten, of
- b. blijvend en totaal verlies van een complete arm of hand.

1.20 Verlies van zicht

Blijvend en volledig verlies van gezichtsvermogen:

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

1.21 Verzekeraar

Quantum Leben AG, statutair gevestigd te Vaduz, Liechtenstein, in Nederland vertegenwoordigd door de administrateur.

1.22 Verzekerde(n)

De op het polisblad beschreven groep of groepen natuurlijke personen bij wiens blijvende invaliditeit of overlijden als gevolg van een ongeval uitkering wordt verleend voor zover daar, krachtens deze voorwaarden, recht op bestaat.

1.23 Verzekeringnemer

De werkgever die de verzekering is aangegaan en die premie en kosten is verschuldigd.

1.24 Ziekenhuis

In Nederland:

Een door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ingevolge de Wet Toelating Zorginstellingen, aangewezen inrichting voor gezondheidszorg.

Buiten Nederland:

Een door de bevoegde overheidsinstantie van het betreffende land als zodanig erkende inrichting.

Voor zowel in als buiten Nederland geldt dat er sprake dient te zijn van een inrichting welke:

- a. hoofdzakelijk is bedoeld en ingericht voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken en gewonden;
- b. patiënten alleen door of onder supervisie van een arts laat opnemen en behandelen;
- c. over voldoende faciliteiten beschikt voor medische diagnose en behandeling.

Niet als een ziekenhuis wordt onder andere aangemerkt:

- a. een inrichting voor geestelijk gestoorden;
- b. een inrichting voor psychiatrische behandeling;
- c. een geriatische inrichting;
- d. een inrichting voor drugs- of alcoholverslaafden;
- e. een gezondheidsinstituut of een instituut voor natuurlijke geneeswijze;
- f. een rust-, verzorgings- of verpleegtehuis;
- g. een revalidatiecentrum.

1.25 Fraude

Het opzettelijk en/of op oneigenlijke gronden en wijzen (trachten te) verkrijgen van een uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een verzekering onder valse voorwendselen.

2. Duur en einde van de verzekering

2.1 Wat is de duur van de verzekering?

De verzekering wordt afgesloten voor een contractperiode van 12 maanden. Na het verstrijken van iedere contractperiode wordt de verzekering automatisch met 12 maanden verlengd.

2.2 Wanneer kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen?

De verzekeringnemer heeft het recht binnen één maand na afgiftedatum van het eerste polisblad de verzekeringsovereenkomst per ingangsdatum schriftelijk op te zeggen. De verzekeraar zal in dat geval de reeds betaalde premiebedragen terugstorten. Er is in dat geval geen dekking geweest en de verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde kunnen geen aanspraak maken op een uitkering uit deze verzekering. Na het verstrijken van één maand kan de verzekeringnemer de verzekering gedurende de contractperiode niet opzeggen.

De verzekeringnemer kan de verzekering beëindigen per contractvervaldatum. De administrateur dient de opzegging minimaal twee maanden vóór de contractvervaldatum ontvangen te hebben.

2.3 Wanneer kan de verzekeraar de verzekering opzeggen?

De verzekeraar kan de verzekering beëindigen per contractvervaldatum. De verzekeraar dient de opzegging dan uiterlijk twee maanden vóór de contractvervaldatum aan de verzekeringnemer kenbaar te maken. Tevens kan de verzekeraar de verzekering tussentijds opzeggen als:

- de verzekeringnemer bij aanvraag niet alle of niet de juiste informatie heeft gegeven over de situatie van de verzekeringnemer. En als de verzekeraar de verzekering niet had geaccepteerd als de verzekeraar die informatie wel had ontvangen;
- er fraude is gepleegd of sprake is van opzettelijke misleiding, zie artikel 9;
- de verzekeringnemer de premie niet volledig betaalt, niet op tijd betaalt of weigert te betalen nadat verzekeraar aan verzekeringnemer een herinnering heeft gestuurd. Zie artikel 8 inzake premiebetaling;
- het risico wijzigt zoals omschreven in artikel 4.1;
- als nationale of internationale sanctieregelgeving de verzekeraar verbiedt om uitvoering te geven aan de verzekering of indien blijkt dat verzekeringnemer, verzekerde of een begunstigde is opgenomen op een (inter)nationale sanctielijst of als de verzekeringnemer of verzekerde geen medewerking verleent aan het vaststellen van de uiteindelijk belanghebbende van een (rechts)persoon die belanghebbende is bij de verzekering.

2.4 Zowel verzekeraar als verzekeringnemer kunnen elke molestdekking zoals omschreven in artikel 1.10 van deze voorwaarden en/of op de polis, opzeggen bij verwezenlijking van een dergelijk risico of bij dreiging van het ophanden zijn daarvan, met inachtneming van een termijn van zeven dagen.

2.5 Maximumleeftijd

Wanneer een verzekerde de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt, zullen de verzekerde bedragen in geval van overlijden of blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval worden verminderd met 50% of, indien dit lager is, tot € 100.000,00.

De dekking van een verzekerde eindigt automatisch aan het einde van het verzekeringsjaar waarin deze verzekerde 85 jaar is geworden, tenzij anders is afgesproken en vermeld op het polisblad.

3 Uitsluitingen

In onderstaande gebeurtenissen geldt voor deze verzekering dat er geen recht op uitkering bestaat.

3.1 Misdrif

Er is geen recht op een uitkering als er sprake is van een ongeval ontstaan bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe, dan wel bij het deelnemen door verzekerde aan vechtpartijen anders dan bij rechtmatige zelfverdediging.

3.2 Opzet, grove schuld, roekeloosheid

Er is geen recht op een uitkering indien de schade (mede) het gevolg is van een gebeurtenis die aan opzet of grove schuld of roekeloosheid van de verzekeringnemer, de verzekerde of een bij de uitkering belanghebbende kan worden toegerekend.

3.3 Atoomkernreactie

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een ongeval dat is veroorzaakt door een atoomkernreactie. Onder atoomkernreactie is te verstaan iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

3.4 Gebruik van alcohol en soortgelijke middelen

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

3.4 Ongeval in/met luchtvaartuig

Er is geen recht op uitkering voor een ongeval dat verzekerde is overkomen als (amateur)(zweef)vlieger als verzekerde niet in bezit is van een daarvoor geldig brevet.

4 Verzekering actueel houden

4.1 Wijzigingen risico verzekeringnemer

Verzekeringnemer is verplicht om verzekeraar te informeren als er iets verandert in de situatie van verzekeringnemer. Het gaat daarbij om twee typen wijzigingen:

1. Wijzigingen waardoor de verzekering eindigt, namelijk:
 - indien verzekeringnemer (deels) failliet is verklaard;
 - indien verzekeringnemer zelf danwel schuldeisers van verzekeringnemer het faillissement van (een deel van) verzekeringnemer heeft aangevraagd bij de rechter;
 - indien verzekeringnemer de bedrijf(s)activiteiten beëindigt;
 - indien verzekeringnemer geen medewerkers meer in dienst heeft.

Deze wijzigingen hebben beëindiging van de verzekering tot gevolg. Verzekeringnemer informeert verzekeraar over deze wijzigingen zo snel mogelijk, doch in ieder geval binnen een maand, nadat de gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Verzekeraar beëindigt de verzekering dan per de datum waarop de gebeurtenis plaats vond.

2. Wijzigingen waardoor de risico's op (arbeids)ongevallen toenemen.

4.2 Wijzigingen in de dekking van de verzekering(en)

Indien verzekeringnemer de dekking van de verzekering(en) wil wijzigen, stuurt de verzekeraar een nieuw contractvoorstel. Hierin beschrijft de verzekeraar de gewijzigde dekking en de nieuwe premie die daarvoor geldt.

Indien de verzekeringnemer akkoord gaat met de gewijzigde dekking en premie, stuurt de verzekeraar een gewijzigd polisblad.

Indien de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de gewijzigde dekking en premie dan wordt de verzekering ongewijzigd voortgezet.

5 Tussentijdse wijzigingen van de verzekering door verzekeraar

5.1 Aanpassen premie en voorwaarden door verzekeraar

Indien verzekeraar de voorwaarden en/of premie aanpast dan kan dit alleen per contractvervaldatum. Verzekeraar informeert verzekeringnemer ten minste twee maanden van tevoren.

5.2 Verzekeringnemer niet akkoord met aanpassing

Indien verzekeringnemer niet akkoord gaat met de aanpassing, dan heeft verzekeringnemer het recht om de verzekering per contractvervaldatum te beëindigen..

6 Verplichtingen na een ongeval

6.1 In geval van overlijden van een verzekerde is verzekeringnemer of de begunstigde verplicht om de verzekeraar hiervan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 48 uur vóór de begrafenis of crematie in kennis te stellen. Tevens is begunstigde in geval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

Indien de verzekeringnemer of de begunstigde één van deze verplichtingen niet nakomt, kan hij geen rechten aan deze verzekering ontlenen en daardoor geen aanspraak maken op een uitkering voor zover de verzekeraar daardoor in haar belang is geschaad of indien de niet-nakoming gedaan is met het opzet de verzekeraar te misleiden.

In geval van ongevallen, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan, is verzekeringnemer en/of de verzekerde verplicht om verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, daarvan in kennis te stellen.

6.2 Verplichting van verzekerde na een ongeval

Verzekerde is verplicht om na een ongeval:

1. Zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;
2. Alles in het werk te stellen om zijn herstel te bevorderen en tenminste de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;
3. Zich te laten onderzoeken door een door verzekeraar aan te wijzen arts of arbeidsdeskundige of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting. De kosten van het onderzoek zijn voor rekening van verzekeraar;
4. De verzekeraar voorafgaand aan het vertrek in kennis te stellen van vertrek naar het buitenland;
5. Alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Voorts geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op uitkering van belang kunnen zijn.

6.3 Verplichtingen verzekeringnemer na een ongeval

Als de verzekerde een ongeval heeft gehad die tot uitkering zou kunnen leiden op deze polis is verzekeringnemer verplicht om na een ongeval de volgende regels na te leven:

1. Verzekeringnemer is verplicht om aan verzekerde de volle medewerking te verlenen bij het nakomen van de in art. 6.2. genoemde verplichtingen.
Voor zover de verzekerde personen niet met name worden genoemd op het polisblad of bijlagen, kan verzekeraar van verzekeringnemer verlangen aan te tonen dat een persoon voor wie uitkering wordt gevraagd, ten tijde van het ongeval deel uitmaakte van de groep verzekerden zoals omschreven op h

het polisblad.

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

6.4 Gevolgen niet nakomen verplichtingen verzekeringnemer of verzekerden

De verzekering geeft geen dekking, indien verzekeringnemer, de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde één of meer van de in art. 6.1 en 6.2 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van verzekeraar heeft geschaad.

Elk recht op uitkering vervalt, indien verzekeringnemer, de verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde de genoemde verplichtingen niet is nagekomen.

6.5 Verjaring Alle rechten op enige uitkering die niet binnen drie jaar nadat zij opeisbaar zijn geworden door de verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde zijn opgevraagd, vervallen aan de verzekeraar.

Ieder recht van een belanghebbende ten opzichte van de verzekeraar ter zake van een vordering vervalt na het verstrijken van een periode van drie jaren nadat de verzekeraar haar standpunt bekend heeft gemaakt, tenzij de belanghebbende binnen deze drie jaren het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten en dit schriftelijk aan de verzekeraar kenbaar heeft gemaakt.

7 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

7.1 Hoogte van de uitkering

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

7.2 Percentage van blijvende invaliditeit

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

- bij volledige verlamming	100%
- bij ongeneeslijke verstandverbijstering	100%
- bij verlies van het spraakvermogen	100%
- bij algeheel verlies van de centrale hersenfuncties (w.o. verlies van verstandelijke vermogens)	100%
- bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
- bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog	40%
- indien binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog, wordt bij het verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog uitgekeerd	60%
- bij algehele doofheid van beide oren	100%
- bij algehele doofheid van één oor	30%
- Indien binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor algehele doofheid van één oor, wordt bij het ontstaan van algehele doofheid van het andere oor uitgekeerd	70%

bij algeheel functieverlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van het voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag uitgekeerd:

- been tot in het heupgewricht	100%
- arm tot in het schoudergewricht	100%
- reuk, tast en/of smaak	10%
- neus	10%
- de volledige duim	30%
- de volledige wijsvinger	20%
- een andere vinger	15%

-	voet tot in het enkel gewricht	65%
-	hand tot in de pols	65%
-	de grote teen	10%
-	oorschelp	5%
-	een andere teen	5%
-	de bekkenring (incl. schaambeen)	15%
-	de long	25%
-	de milt	10%
-	de nier	20%
-	alveesklier	70%
-	voortplantingsorganen	35%
-	de kauwfunctie	15%
-	de onderkaak door chirurgische behandeling	30%
-	de wervelkolom (incl. ruggenmerg)	100%
-	derde graads brandwonden en/of misvorming waarbij meer dan 40% van het Gehele externe lichaam wordt bedekt.	50%

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

7.3 Medisch onderzoek

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

7.4 Uitzonderingen

In de gevallen, die niet in art. 7.2 genoemd worden, wordt uitgekeerd het percentage van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit dat gelijk is aan:

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

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

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

7.5 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

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

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

7.6 Termijn voor de vaststelling van blijvende invaliditeit

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

- 7.7 Rentevergoeding**
Indien 1 jaar na melding van het ongeval de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, vergoedt de verzekeraar over het uit te keren bedrag de enkelvoudige wettelijke rente vanaf de 366e dag na melding van het ongeval. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.
- 7.8 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand**
Mochten de gevolgen van een ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien verzekerde geheel valide en gezond zou zijn geweest.
- Dit is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor verzekeraar reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.
- Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, zijn de gevolgen van deze verergering niet onder deze verzekering gedekt.
- Indien door een ongeval reeds bestaande blijvende invaliditeit wordt vergroot, wordt als grondslag voor de uitkeringen aangehouden een percentage evenredig aan het verschil in de graad van invaliditeit vóór en na het ongeval. De vaststelling van dit percentage geschiedt overigens met inachtneming van het bepaalde in art. 7.
- 7.9 Maximum uitkeringen**
Bij blijvende invaliditeit als gevolg van één of meerdere ongevallen of bij functieverlies van één of meerdere lichaamsdelen of organen zal het uitkeringspercentage nooit meer dan 100% bedragen. Echter indien bij dezelfde gebeurtenis meer verzekerden door een ongeval zijn getroffen, geldt voor alle getroffen samen het op het polisblad vermelde maximum verzekerde bedrag per gebeurtenis. In dat geval worden de verzekerde bedragen per persoon zo nodig naar evenredigheid verlaagd.
- 8. Premie**
- 8.1 Premie**
Bij aanvang van de verzekering stelt de verzekeraar de verschuldigde premie vast op basis van de gegevens die de verzekeringnemer heeft doorgegeven. Op het polisblad staat de verschuldigde premie vermeld.
- 8.2 Premie aanpassing**
Zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden na aanvang van een nieuwe contractperiode, doet verzekeringnemer een opgave van het totaal jaarloon over het verstreken verzekeringsjaar. Na ontvangst van deze gegevens past verzekeraar de premie over het lopende verzekeringsjaar aan op basis van de nieuwe gegevens.
- Indien verzekeringsnemer de genoemde gegevens niet of niet tijdig verstrekt, is verzekeraar gerechtigd de definitieve premie vast te stellen op ten minste 150% van de voorschotpremie.
- 8.3 Naverrekening**
Indien de verschuldigde jaarpremie voor enig verzekeringsjaar is vastgesteld op meer dan €5.000 en indien uit de opgave van het totaal jaarloon over het verstreken verzekeringsjaar blijkt dat de definitieve premie over het verstreken verzekeringsjaar meer dan 5% afwijkt van de in rekening gebrachte premie dan vindt naverrekening plaats. Indien de definitieve premie hoger is dan de in rekening gebrachte premie dan is verzekeringnemer gehouden bij te betalen. Indien de premie lager is dan de in rekening gebrachte premie dan is verzekeraar gehouden terug te betalen.
- 8.4 Premiebetaling**
De premie is jaarlijks bij vooruitbetaling verschuldigd en dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.

8.5 Premieachterstand

Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de premievervaldag wordt voldaan, heeft de verzekeringnemer, na aanmaning, nog 14 dagen de tijd om alsnog aan zijn of haar verplichtingen te voldoen. Indien de premie inclusief kosten niet binnen deze termijn volledig aan de administrateur is voldaan, wordt de dekking automatisch vanaf de ingangsdatum geschorst totdat de premieachterstand volledig aan de administrateur is voldaan. Bovendien is de verzekeraar gerechtigd om de verzekering te beëindigen. Reeds betaalde premies zullen niet worden geretourneerd.

8.6 Kosten incasso achterstallige premie

Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premietermijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekeringnemer.

8.7 Herleving dekking

Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.

8.8 Geen dekking tijdens schorsing

Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering, is niet gedekt.

9 Fraude

9.1 Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden. Een eventueel al gedane uitkering (vermeerderd met alle gemaakte kosten) zal worden teruggevorderd. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

- er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- de gemaakte (onderzoeks)kosten worden teruggevorderd;
- er een registratie plaatsvindt in de tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssystemen.

10 Adreswijziging en verwerking persoonsgegevens

10.1 Correspondentie aan de verzekeringnemer, verzekerde en begunstigde zal uitsluitend in het Nederlands geschieden.

10.2 De verzekeraar en de administrateur verwerken persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor het aangaan of uitvoeren van een andere verzekering van dezelfde soort bij ons, voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, voor audits, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, onze organisatie, medewerkers en cliënten. Het is mogelijk dat persoonsgegevens worden doorgegeven aan een ontvanger in een land buiten de Europese Economische Ruimte. De verzekeraar en/of administrateur zal erop toezien dat een dergelijke doorgifte in overeenstemming is met de geldende wet- en regelgeving. De verzekeraar en/of administrateur blijft verantwoordelijk voor deze verwerkingen. Premieachterstand kan uit handen worden gegeven aan een incassobureau, dat persoonsgegevens gebruikt voor een kredietwaardigheidsbeoordeling. De verzekeraar en de administrateur zullen ervoor zorgdragen dat de persoonsgegevens enkel worden verwerkt door bedrijven die een passend verwerkingsniveau waarborgen. De verwerking van persoonsgegevens is in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Verder is op de verwerking van persoonsgegevens de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van het Verbond van Verzekeraars van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode is te vinden op www.verzekeraars.nl.

11 Klachten**11.1 Voor alle klachten over de uitvoering van deze overeenkomst geldt de onderstaande procedure:****a. Interne klachtenprocedure:**

Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan de directie van de administrateur;

b. Klachten- en geschillenprocedure KiFiD:

De klacht moet bij KiFiD worden ingediend binnen een jaar nadat de klacht aan de gevolmachtigde of verzekeraar is voorgelegd of binnen drie maanden na de dagtekening van de brief of het bericht waarin de gevolmachtigde of verzekeraar definitief schriftelijk het standpunt over de klacht kenbaar heeft gemaakt. De langste van deze twee termijnen geldt.

Belanghebbende kan zich wenden tot:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (“KiFiD”)

Postbus 93257

2509 AG Den Haag

Telefoon 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)

www.kifid.nl

Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KiFiD.

11.2 Bevoegde rechter:

Als belanghebbende geen gebruik wil of kan maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan de belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan een bevoegd rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies door het KiFiD.

12 Toepasselijk recht

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Geschillen betreffende de overeenkomst zijn onderworpen aan de uitspraak van de in Nederland bevoegde rechter.

13 Verzekeringsgebied

De dekking van deze verzekering is van kracht in de gehele wereld.

14 Molest

Deze verzekering geeft dekking bij overlijden of blijvende invaliditeit door molest zoals omschreven in artikel 1.10.

Indien verzekerden op regelmatige basis (meer dan eens per jaar) naar gebieden reizen die door het ministerie van Buitenlandse zaken van het Nederlands Koninkrijk is gemarkeerd als “Niet reizen” dient dit bij verzekeraar voorgelegd te worden. De verzekeraar kan dan een aanvullende premie in rekening brengen, na voorlegging bij verzekeringnemer.

Tevens is verzekerde gedekt bij overlijden of blijvende invaliditeit buiten Nederland (of buiten het land waar verzekerde op dat moment woont (anders dan Nederland)) als slachtoffer van:

- kaping, plundering, sabotage- of terreurdaden, of vrijheidsberoving verband houdend met molest;
- onrechtmatige vrijheidsberoving. Er is tot maximaal 180 dagen vanaf het moment van de vrijheidsberoving dekking. De dekking eindigt in ieder geval op het moment dat verzekerde is aangekomen op de bestemming, zoals afgesproken bij het herkwijgen van zijn of haar vrijheid.

Er is geen dekking op grond van dit artikel:

- bij overlijden of blijvende invaliditeit door molest overkomen aan verzekerde binnen Nederland (of binnen het land waar verzekerde op dat moment woont (anders dan Nederland))
- wanneer verzekerde zelf deelneemt aan een van de vormen van molest of aan kaping, plundering, sabotage- of terreurdaden of vrijheidsberoving verband houdend met molest, tenzij verzekerde dit doet om zijn eigen leven of dat van lotgenoten te beschermen;

- als verzekerde naar een door het ministerie van Buitenlandse zaken van het Nederlandse Koninkrijk gemarkeerd niet-reizen gebied reist in de functie van journalist of andere mediaberoepen, militair, beveiliging, politicus, entertainer, onderdeel/werkend met een stijdkracht.
- wanneer verzekerde door een eigen handeling of uitlating de wet overtreedt;
- tijdens een gewapend conflict tussen (een lid van) de NAVO en/of de ASEAN en/of de Chinese Volksrepubliek.

Tevens blijven ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit het gebruik van of de dreiging van het gebruik van nucleaire, biologische, en/of chemische wapens en stoffen uitgesloten.

15 De dekking van de ongevallenverzekering

15.1 Recht op uitkering bij overlijden (Rubriek A)

Het verzekeren van Rubriek A heeft als doel om een vergoeding te geven, wanneer een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van het overlijden van verzekerde. Hierbij wordt het bij overlijden van toepassing zijnde verzekerde bedrag uitgekeerd.

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

15.2 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit (Rubriek B)

Het verzekeren van Rubriek B heeft als doel om een vergoeding te geven indien een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van de blijvende invaliditeit van verzekerde. Hierbij wordt de uitkering overeenkomstig het bepaalde in artikel 7 vastgesteld op een percentage van het ten tijde van het ongeval voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag.

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

16 Aanvullende dekkingen van de ongevallenverzekering

Naast een eventuele uitkering uit Rubriek A of Rubriek B kan verzekeringnemer, verzekerde of de begunstigde een beroep doen op de volgende dekkingen.

16.1 Kosten plastische chirurgie

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

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

16.2 Littekens

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

-littekens vanaf 5 tot 10 cm: 5% met een maximum van € 5.000,- per persoon per gebeurtenis;

-littekens langer dan 10 cm: 10% met een maximum van € 10.000,- per persoon per gebeurtenis.

16.3 Brandwonden

Indien verzekerde door een ongeval brandwonden oploopt dan zullen de volgende bedragen worden uitgekeerd:

- 50% van het verzekerde bedrag bij rubriek B zoals genoemd in artikel 7.2, doch met een minimumuitkering van € 10.000,- bij derdegraads brandwonden die meer dan 40% van het uitwendige lichaamsoppervlak beslaan;
- € 10.000,- bij derdegraads brandwonden die meer dan 25% maar minder dan 40% van het uitwendige lichaamsoppervlak beslaan;
- € 5.000,- bij derdegraads brandwonden die meer dan 18% maar minder dan 25% van het uitwendige lichaamsoppervlak beslaan;

16.4 Ongevallendeckking voor bezoekers en stagiaires

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

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

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

Niet tot de bezoekers en stagiaires worden gerekend:

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

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

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

Wij betalen de uitkeringen ingevolge dit artikel uitsluitend aan verzekeringnemer.

16.5 Dagvergoeding ziekenhuisopname

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

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

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

16.6 Paraplegie, triplegie of quadriplegie

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

- Paraplegie € 25.000,-;
- Triplegie € 75.000,-;
- Quadriplegie € 150.000,-.

16.7 Tandheekkundige kosten

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

16.8 Kinderen

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden van een verzekerde als gevolg van een ongeval, wordt het uit te betalen bedrag verhoogd met € 5.000,- per kind, tot maximaal 10% van het voor overlijden ten gevolge van een ongeval van toepassing zijnde verzekerd bedrag. Deze uitkering zal niet plaatsvinden indien er reeds een uitkering plaatsvindt volgens artikel 16.18.

16.9 Omscholingskosten

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

16.10 Vervangingskosten

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

16.11 Coma

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

16.12 Psychologische ondersteuning

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

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

16.13 Hulp in de huishouding

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

- 16.14 Persoonlijke bezittingen in het ziekenhuis**
Indien een ongeval resulteert in onmiddellijke ziekenhuisopname, vergoedt de verzekeraar de schade aan en de kosten voor verloren, beschadigde of gestolen voorwerpen en documenten, zoals omschreven bij Persoonlijke bezittingen in artikel 1.14 van deze voorwaarden, die door verzekerde voor eigen gebruik zijn meegenomen tot een maximum van € 5.000,-.
- 16.15 Begrafeniskosten**
In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden door ongeval, vergoedt de verzekeraar de redelijke begrafenis- en crematiekosten tot een maximum van € 10.000,- per verzekerde. 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.
- 16.16 Levensredder**
Indien een derde (niet zijnde een verzekerde) lichamelijk letsel oploopt, terwijl hij het leven tracht te redden van een verzekerde, dat binnen twee jaar resulteert in de dood of blijvende invaliditeit van deze derde, betaalt de verzekeraar aan deze derde partij (of in geval van overlijden diens erven) op basis van een verzekerd bedrag van € 25.000,-. De uitkering wordt uitbetaald naast een eventuele uitkering aan verzekerde.
- 16.17 Huis, werkplek en auto aanpassing**
In het geval dat verzekerde lichamelijk letsel oploopt door een ongeval wat resulteert in een uitkeringspercentage van meer dan 25% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit en als gevolg hiervan aanpassingen aan zijn huis en/of werkplek en/of auto behoeft (inclusief maar niet beperkt tot de installatie van hellingen voor externe en interne rolstoeltoegang, interne leidrails, noodalarm systemen en vergelijkbare invaliditeitshulpmiddelen) om dagelijkse handelingen uit te kunnen voeren (zoals wassen, koken, baden en aankleden) en te kunnen werken en zich te kunnen verplaatsen, betaalt de verzekeraar 80% van de aanvullende kosten voor dergelijke aanpassingen tot een maximum van € 5.000,-, mits zulke aanpassingen worden verricht met de voorafgaande schriftelijke instemming van verzekeraar en de instemming hebben van de behandelende bevoegde arts van verzekerde. 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.
- 16.18 Partner/kind**
In het geval van overlijden of blijvende Invaliditeit als gevolg van een ongeval betaalt de verzekeraar de partner en/of elk kind die lichamelijk letsel oploopt als gevolg van hetzelfde ongeval als verzekerde, een bedrag van € 25.000,- bij overlijden. Indien de partner of het kind blijvend invalide wordt zal de uitkering berekend worden volgens artikel 7 op basis van een verzekerd bedrag van € 25.000,-.
- 16.19 Vermissing**
Indien verzekerde wordt vermist en het na een gepaste tijdsduur redelijkerwijs valt aan te nemen dat verzekerde is overleden als gevolg van lichamelijk letsel opgelopen bij een ongeval, zal het verzekerde bedrag voor overlijden zoals vermeld op het polisblad worden uitbetaald. Onder een gepaste tijdsduur zoals vermeld in voorgaande zin wordt in ieder geval verstaan een periode van 2 jaren. De begunstigde dient wel een overeenkomst te ondertekenen waarin staat dat wanneer later blijkt dat verzekerde niet is overleden, elk door de verzekeraar betaald bedrag, aan de verzekeraar zal worden terugbetaald.
- 16.20 Repatriëring**
Indien verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval overlijdt tijdens zijn verblijf buiten Nederland, worden boven het bij overlijden verzekerde bedrag de gemaakte kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 15.000,- vergoed. Deze vergoeding vindt uitsluitend plaats indien een andere verzekering van verzekeringnemer of verzekerde niet overgaat tot uitkering. 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.

16.21 Reputatieschade

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

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

De kosten worden pas vergoed, nadat is komen vast te staan dat aan al van deze voorwaarden is voldaan en nadat verzekeraar 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 ontvangen heeft.

16.22 Agressie tijdens werkzaamheden

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

16.23 Overlijden ongeboren baby

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

16.24 Reiskosten verzekerde

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

16.25 Reiskosten partner en/of kinderen van verzekerde

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

16.26 Executeur

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

- 16.27 Retourneerkosten persoonlijke en zakelijke bezittingen**
Als verzekerde door een gedekt ongeval in het buitenland overlijdt of langer dan 72 uur in een buitenlands ziekenhuis is opgenomen, worden de noodzakelijke retourneerkosten van persoonlijke en zakelijke bezittingen die verzekerde bij zich had en die teruggezonden moeten worden naar Nederland, tot maximaal € 1.500,- vergoed. 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.
- 16.28 Rolstoel**
De redelijke kosten voor een rolstoel die binnen 12 maanden na een ongeval worden gemaakt en waarvoor geen andere verzekering een vergoeding biedt, worden tot maximaal 5% van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit vergoed. Het verlies van de mobiliteit van verzekerde moet uitsluitend en rechtstreeks worden veroorzaakt door een ongeval. Dit artikel geeft geen uitkering als de verzekerde al vóór het ongeval gebruik maakte van een rolstoel. 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.
- 16.29 Protheses**
Indien een prothese nodig is ten gevolge van een ongeval, vergoedt de verzekeraar de redelijke kosten voor het verstrekken van deze prothese tot maximaal € 5.000,-, of, indien dit minder bedraagt, 10% van het verzekerd bedrag voor blijvende invaliditeit indien geen andere verzekering een vergoeding biedt, op voorwaarde dat dit binnen 730 dagen na het ongeval wordt gemeld. 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.
- 16.30 Reïntegratiebudget verzekeringnemer**
Indien ten gevolge van het door de verzekerde overkomen ongeval de hierna omschreven kosten, gericht op het verkorten van ziekteverzuim en/of beperken van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ongeval, zijn gemaakt met als doel de verzekerde zo spoedig mogelijk te reïntegreren, vergoedt de verzekeraar deze kosten, zij het met de volgende beperkingen;
Deze verzekering biedt een secundaire dekking en strekt zich uit tot vergoeding van de navolgende kosten indien er sprake is van een mate 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 uitkering bedraagt maximaal EUR 4.500,- per verzekerde voor alle hiervoor in dit artikel genoemde kosten tezamen. De kosten moeten zijn gemaakt binnen 3 jaar na het ongeval. 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. In afwijking zullen de vergoedingen uit hoofde van dit artikel geschieden aan verzekeringnemer. Deze dekking geldt niet voor ongevallen overkomen aan eventueel als verzekerde opgenomen vrijwilligers.
- 16.31 Kinderopvang in geval van overlijden van verzekerde**
Als verzekerde door een gedekt ongeval overlijdt, worden aan de partner van verzekerde de kosten van kinderopvang voor elk inwonend, wettig kind tot 5-jarige leeftijd, van verzekerde vergoed tot maximaal € 2.500,- voor een periode van maximaal 52 weken. Voorwaarde voor deze vergoeding is dat de kinderopvang is geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang en Peuterspeelzalen. De kosten worden pas vergoed nadat is komen vast te staan dat aan deze voorwaarde is voldaan en 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.