



ace europe

Algemene Voorwaarden Collectieve Ongevallenverzekering Top AVCO 2007

De door verzekeringnemer en verzekerde aan verzekeraar verstrekte inlichtingen, in welke vorm dan ook, zijn de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee een geheel te vormen.

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	5	Premie
		5.1	Premiebetaling
		5.2	Premieverrekening
		5.3	Naverrekening
		5.4	Premievaststelling
		5.5	Minimumpremie
		5.6	Premierestitutie
2	Dekking	6	Wijzigingen
2.1	Geldigheid	6.1	Wijziging van premie en/of voorwaarden
2.2	Omschrijving van de dekking	6.2	Wijziging van risico
2.3	Aanvullende dekking	6.3	Verzwaaring van risico
2.4	Einde van de dekking	7	Duur en einde van de verzekeringen
3	Uitsluitingen	7.1	Duur van de verzekering
		7.2	Einde van de verzekering
4	Schade	8	Slotbepalingen
4.1	Verplichtingen in geval van schade	8.1	Samenloop voorwaarden
4.2	Vaststellen van de hoogte van de uitkering	8.2	Klachtenprocedure
4.3	Betaling van de uitkering	8.3	Privacyreglement
4.4	Cumulatielimiet		
4.5	Repatriëring		
4.6	Geen verplichting van verzekeraar tot betaling		
4.7	Verjaringstermijn		
4.8	Vervaltermijn		

Nederlands recht

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing. De Nederlandse rechter is bevoegd.

Klachten- behandeling

Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kunt u zich schriftelijk wenden tot:

- Directie van de verzekeraar;
- Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag.

BEGRIPSOMSCHRIJVING (artikel 1)

- 1.1 Aanslag**
elke misdadige actie tegen de verzekerde personen;
- 1.2 Aggressie**
elke onverwachte aanval, niet uitgelokt, waaraan de verzekerde zich niet onbedachtzaam heeft blootgesteld;
- 1.3 Atoomkernreactie**
iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt als kernfusie, kernsplijting, kunstmatige, en natuurlijke radioactiviteit;
- 1.4 Begunstigde**
degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn;
- 1.5 Blijvende invaliditeit**
blijvend geheel of gedeeltelijk verlies van functie van enig deel of orgaan van het lichaam van verzekerde volgens objectieve maatstaven;
- 1.6 Molest**
gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en miterij. Deze 6 vormen van molest, alsmede de definitie daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 is gedeponeerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage;
- 1.7 Ongeval**
een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van verzekerde, uitwendig onmiddellijk op hem inwerkend fysiek geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van zijn dood of zijn lichamelijke invaliditeit, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig is vast te stellen;
- 1.8 Terreurdaden**
alle daden van kwaad opzet, sabotage, aanslagen (het leggen van bommen, autobommen, of deponeren van toestellen of voorwerpen met explosieve of brandveroorzakende substanties) of om het even welk ander middel van dien aard dat het opzettelijk een gevaar voor de veiligheid van de personen vormt, alsmede elke handeling die door één of meer personen zou begaan worden, handelend of niet als agenten van een soevereine macht, die voor politieke of terroristische doeleinden worden gepleegd;
- 1.9 Verzekeraar**
de in de polis vermelde verzekeraar;
- 1.10 Verzekerde**
degene op wiens leven en of gezondheid de verzekering wordt gesloten;
- 1.11 Verzekeringnemer**
degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

DEKKING (artikel 2)

- 2.1 Geldigheid**
De verzekering is van kracht in de gehele wereld, 24 uur per dag.
- 2.2 Omschrijving van de dekking**
- a. de verzekering komt tot uitkering als verzekerde door een ongeval, zoals omschreven in artikel 1.7:
- 1) overlijdt binnen 3 jaar na het ongeval;
 - 2) blijvend invalide wordt binnen 3 jaar na het ongeval;
 - 3) tijdelijk arbeidsongeschikt wordt vanaf de 31^{ste} dag na het ongeval gedurende maximaal 365 dagen.
- b. Onder ongeval, zoals omschreven in artikel 1.7, wordt tevens verstaan:
- 1) het plotseling acuut en ongewild binnenkrijgen van voor de gezondheid schadelijke gassen, dampen of stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen), tenzij deze gewoonlijk als afval en/of lozingsproducten deel uitmaken van de buitenlucht ter plaatse van het ongeval;
 - 2) inwendig letsel aan de ogen, als dit plotseling en ongewild van buitenaf wordt toegebracht door voorwerpen of stoffen;
 - 3) besmetting of vergiftiging door ziektekiemen, als gevolg van een onvrijwillige val in water of in een andere (vloeibare) stof;
 - 4) het ontstaan van complicaties en verergeringen als gevolg van een behandeling, verricht door of op voorschrift van een bevoegd geneeskundige en wel voor zover deze behandeling noodzakelijk was geworden door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
 - 5) het ontstaan van wondinfectie en de daaruit voortvloeiende gevolgen en bloedvergiftiging door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;

- 6) bevriezing, zonnesteek, verdrinking of verstikking;
- 7) letsel, dood of aantasting van de gezondheid, opzettelijk en tegen de wil van verzekerde door een ander veroorzaakt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 3.1;
- 8) verhongering, verdrosting, uitputting en zonnebrand, ontstaan als gevolg van overstroming, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
- 9) verrekking en scheuring van spieren en weefsels, ontwrichting of verstuiking;
- 10) miltvuur, koepokken, mond- en klauwzeer, trichophytie (ringvuur), ziekte van Bang en sarcopteschurft.

2.3 Aanvullende dekking

- a. Plastische chirurgie
- 1) Plastische chirurgie om de ten gevolge van een ongeval ontstane misvorming, mismaking, of ontsiering te behandelen wordt alleen vergoed indien naar het oordeel van een plastisch chirurg een redelijke kans op verbetering of herstel daarvan bestaat. De kosten verband houdende met de operatie of poliklinische behandeling, de voorgeschreven medicamenten, verbanden en andere geneesmiddelen en de kosten van verpleging in het ziekenhuis worden vergoed mits deze behandeling plaatsvindt binnen 2 jaar na het ongeval;
 - 2) De vergoeding bedraagt maximaal 10 % van het onder rubriek B verzekerde bedrag met een absoluut maximum van EUR 5.000,- per ongeval;
 - 3) Indien de bovenvermelde kosten geheel of gedeeltelijk door een andere verzekering zijn gedekt, dan wel indien een aansprakelijke derde tot vergoeding van die kosten verplicht is gesteld, bestaat op deze dekking geen aanspraak.
- b. Tandheelkundige kosten
- 1) De als gevolg van een gedekt ongeval gemaakte tandheelkundige kosten, waaronder ook wordt verstaan de aanschaffing, vervanging of reparatie van een prothese, worden vergoed onder aftrek van de vergoedingen waarop verzekerde uit anderen hoofde recht heeft en met een maximum van 2,5 % van het onder artikel 4.3 rubriek B verzekerde bedrag;
 - 2) De kosten worden vergoed na ontvangst van de betreffende rekeningen (inclusief het bewijs van betaling daarvan) en – indien van toepassing – een bewijs van een uit anderen hoofde verkregen vergoeding;
 - 3) Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op andere uitkeringen onder deze polis.
- c. Psychologische bijstand
- 1) In geval van overlijden, blijvende invaliditeit of agressie, aanslag of terreurdaad met lichamelijk letsel, als gevolg van een ongeval, vergoedt de verzekeraar per gebeurtenis het bedrag van de eerste 5 consulten bij een psycholoog, ongeacht het aantal begunstigen;
 - 2) Deze vergoeding vindt plaats:
 - in geval van overlijden van verzekerde, aan zijn nabestaanden in de eerste graad;
 - in de overige gevallen aan de verzekerde zelf.
- d. Opleidingskosten
- Tot een maximum van EUR 7.000,- voor opleidingskosten gemaakt met het oog op het aanleren van een andere professionele activiteit naar aanleiding van een verzekerd lichamelijk letsel met een blijvende invaliditeit van meer dan 65 %.
- e. Thuiszorg
- Wanneer een verzekerde als gevolg van een ongeval in een ziekenhuis is opgenomen – voor langer dan drie nachten – vergoedt de verzekeraar gedurende de opname of gedurende de daarop volgende week:
- de eerste kosten voor thuiszorg naar uw keuze bij u thuis, tot een maximum van EUR 200,-;
- Het bewijs van deze uitgave, evenals een attest van de ziekenhuisopname moet aan de verzekeraar worden overlegd.
- f. Hospitalisatie
- Wanneer een verzekerde als gevolg van een ongeval in een ziekenhuis is opgenomen betaalt de verzekeraar de verzekerde een vergoeding van EUR 65,- per opnamedag, tot een maximum van 365 dagen.
- g. Coma
- Wanneer een ongeval resulteert in een coma van de verzekerde, betaalt de verzekeraar de verzekerde een vergoeding van EUR 65,- per opnamedag, tot een maximum van 365 dagen. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding voor hospitalisatie.

- h. Wervingskosten
In geval van overlijden ten gevolge van een ongeval, vergoedt de verzekeraar de redelijke wervingskosten ter vervanging van de verzekerde aan verzekeringnemer, tot een maximum van EUR 5.000,--.
- i. Volledige verlamming
- 1) In geval van blijvende en volledige verlamming van de onderste twee ledematen, blaas en rectum ten gevolge van een ongeval, keert de verzekeraar een eenmalige vergoeding uit – boven op de vergoeding voor blijvende invaliditeit – van EUR 25.000,--;
 - 2) In geval van blijvende en volledige verlamming van de onderste twee ledematen en de bovenste twee ledematen ten gevolge van een ongeval, keert de verzekeraar een eenmalige vergoeding uit – boven op de vergoeding voor blijvende invaliditeit – van EUR 50.000,--.
- j. Verbetering aan de woning
- 1) In geval van blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval vergoedt de verzekeraar – indien noodzakelijk – aanpassingen in en om het huis zodat de verzekerde zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren en in zijn huis kan blijven wonen;
 - 2) De verzekeraar vergoedt de kosten voor dergelijke aanpassingen, tot een maximum van EUR 5.000,--;
 - 3) Voorwaarde voor deze vergoeding is dat de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven voor de aanpassingen, en dat de aanpassingen de instemming van de behandelend arts van de verzekerde hebben.

2.4 Einde van de dekking

De dekking eindigt:

- a. aan het eind van het verzekeringsjaar waarin verzekerde 70 jaar is geworden;
- b. indien verzekerde ophoudt zijn daadwerkelijke woonplaats in Nederland te hebben, tenzij anders is overeen gekomen;
- c. zodra verzekerde niet meer in dienst is van verzekeringnemer, tenzij uitdrukkelijk anders is bepaald;
- d. bij het overlijden van verzekerde.

UITSLUITINGEN (artikel 3)

Verzekeraar is niet tot uitkering gehouden indien een ongeval:

- 3.1 **Opzet**
is veroorzaakt door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;
- 3.2 **Misdrijf**
plaatsvindt bij het door verzekerde opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 3.3 **Waagstuk**
plaatsvindt bij het door verzekerde ondernemen van een waagstuk waarbij het leven of lichaam op roekeloze wijze in gevaar wordt gebracht tenzij uit hoofde van het beroep van verzekerde het verrichten van dit waagstuk redelijke wijs noodzakelijk was of geschiedt bij rechtmatige zelfverdediging, poging tot redding van mens, dier of zaken of tot afwendung van een dreigend gevaar;
- 3.4 **Vechtpartij**
plaatsvindt bij het door verzekerde deelnemen aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- 3.5 **Genees- en genotmiddelen**
plaatsvindt als gevolg van het gebruik door verzekerde van geneesmiddelen of bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
- 3.6 **Gevaarlijke sporten/snelheidswedstrijden**
plaatsvindt bij het deelnemen aan:
 - a. een bergtocht zonder bevoegde gids tenzij gebruik wordt gemaakt van normale, voor het publiek toegankelijke paden of wegen. Bergexpedities en klettertochten blijven uitgesloten;
 - b. risicoverhogende sporten, waaronder in ieder geval worden verstaan bobsleeën, skispringen, ijshockey, boks- en rugbywedstrijden, parachutespringen en paragliding/parapente;
 - c. een snelheidswedstrijd met (motor)rijtuigen, motorvoertuigen, bromfietsen, (motor)-rijwielen of voorbereidingen hiervoor;
 - d. het beoefenen van sport als (neven) beroep;

- 3.7 **Luchtverkeer**
plaatsvindt bij het deelnemen aan het luchtverkeer tenzij verzekerde een ongeval is overkomen als passagier in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig;
- 3.8 **Molest**
wordt veroorzaakt door of ontstaat uit molest. Deze beperking geldt niet in het buitenland voor ongevallen ontstaan binnen 14 dagen na het uitbreken van het molest indien de verzekerde, of ingeval van overlijden van verzekerde de begunstigde kan aantonen, dat hij door het molest werd verrast. In afwijking van hetgeen hiervoor is vermeld, is deze verzekering mede van kracht ten aanzien van ongevallen rechtstreeks veroorzaakt door of ontstaan uit wederrechtelijke vrijheidsberoving, gijzeling of kaping van een vervoermiddel, echter uitsluitend voor zover verzekerde zelf niet aan deze misdrijven deelneemt en voor zover het ongeval niet is veroorzaakt door of ontstaan uit de in artikel 1.6 genoemde molestgebeurtenissen;
- 3.9 **Atoomkernreactie**
wordt veroorzaakt door, optreedt bij, of voortvloeit uit een atoomkernreactie onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet als de atoomkernreactie of ioniserende straling in verband staat met een door een arts voorgeschreven behandeling tengevolge van een ongeval waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op vergoeding bestaat;
- 3.10 **Onder invloed zijn als bestuurder**
wordt veroorzaakt doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, mits het alcohol percentage in zijn bloed hoger is dan toegestaan volgens de wet van het land waar het ongeval heeft plaatsgevonden;
- 3.11 **Medische behandeling**
letsel of overlijden veroorzaakt door een door verzekerde ondergane medische behandeling, tenzij deze rechtstreeks verband houdt met een eerder door verzekerde overkomen ongeval.

SCHADE (artikel 4)

- 4.1 **Verplichtingen in geval van schade**
 - a. Meldingstermijn na een ongeval.
Indien verzekerde door een ongeval wordt getroffen, zijn verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde(n) verplicht dit te melden:
 - 1) in geval van overlijden binnen 48 uur na overlijden ten gevolge van een ongeval, doch in ieder geval voor de crematie of begrafenis;
 - 2) in geval van blijvende invaliditeit of tijdelijke arbeidsongeschiktheid binnen 3 maanden na het ongeval. Indien de melding later wordt gedaan, kan naar het oordeel van de maatschappij toch recht op uitkering ontstaan, indien door verzekerde, verzekeringnemer of begunstigde(n) kan worden aangetoond dat:
 - 1) de verzekerde een gedekt ongeval is overkomen;
 - 2) de blijvende invaliditeit of de tijdelijke arbeidsongeschiktheid het rechtstreeks gevolg is van dit ongeval;
 - 3) de gevolgen van dit ongeval niet door ziekte, kwaal of gebrekkigheid of een abnormale lichaams-/geestesgesteldheid zijn vergroot;
 - 4) de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.
 De melding dient schriftelijk, telefonisch, per fax of per e-mail te geschieden.
Een door verzekeraar te verstrekken schade-aangifteformulier dient zo spoedig mogelijk ingevuld en ondertekend te worden ingezonden.
 - b. Verplichtingen na een ongeval.
 - 1) In geval van overlijden van verzekerde zijn de begunstigten verplicht medewerking te verlenen ter vaststelling van de doodsoorzaak.
 - 2) In geval van (blijvende) invaliditeit of tijdelijke arbeidsongeschiktheid van verzekerde is deze verplicht:
 - zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen;
 - al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen door tenminste de voorschriften van de behandelend geneeskundige te volgen;
 - alle medewerking te verlenen ter vaststelling van de mate van invaliditeit, of ter vaststelling van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid, zoals het meewerken aan een geneeskundig onderzoek.

Aan verzekeraar is het recht voorbehouden de administratie van verzekeringnemer in te zien, ter verifiëring van de verstrekte gegevens. Verzekerde en/of begunstigen kunnen geen rechten aan de polis ontlenen, indien zij één of meer van deze verplichtingen niet zijn nagekomen en voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad.

4.2 Vaststelling van de hoogte van de uitkering

In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B) geldt dat:

- de mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld door een, door de medische adviseur van de verzekeraar te benoemen, geneeskundige;
- de bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van the American Medical Association (A.M.A.) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, tenzij het percentage van functionele invaliditeit terug te vinden is in de hieronder vermelde gliedertaxe;
- Gliedertaxe de uitkeringspercentages bij volledig (functie) verlies van:

	Uitkeringspercentage
Hoofd:	
Beide ogen	100 %
Eén oog	50 %
Het gehele gehoorvermogen	60 %
Het gehoorvermogen van één oor	25 %
Eén oorschelp	5 %
Het spraakvermogen	50 %
De geur of de smaak	5 %
De neus	10 %
Inwendig orgaan:	
De milt	10 %
Een nier	20 %
Een long	30 %
Ledematen:	
Beide armen	100 %
Beide handen	100 %
Beide benen	100 %
Beide voeten	100 %
Eén arm of hand en één been of voet	100 %
Arm in schoudergewricht	80 %
Arm in ellebooggewricht	75 %
Hand in polsgewricht	70 %
Eén duim	25 %
Eén wijsvinger	15 %
Eén middelvinger	12 %
Eén van de overige vingers	10 %
Eén been of voet	70 %
Eén grote teen	10 %
Eén van de andere tenen	5 %

- Whiplash ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5 % van het verzekerde bedrag wordt uitgekeerd. Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuronopsychologisch testen of vestibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5 %;
- Motorrijden behalve andersluidende bepaling op het polisblad worden de verschuldigde sommen met de helft verminderd bij ongeval als gevolg van het gebruik als bestuurder of passagier van een motorfiets met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc.
- wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van één of meer van de in de hierboven vermelde gliedertaxe genoemde lichaamsdelen of organen, wordt het uitkeringspercentage naar evenredigheid met de hiervoor vermelde percentages vastgesteld;
- bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van méér lichaamsdelen of organen worden de percentages opgeteld tot een maximum van 100 %;
- ter zake van een ongeval wordt bij blijvende invaliditeit in totaal maximaal het verzekerde bedrag uitgekeerd;

- bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van verschillende vingers van een hand wordt in totaal nooit meer uitgekeerd, dan hetgeen op grond van deze verzekering uitgekeerd zou zijn bij verlies of blijvende functiebeperking van een hand;
- bij de vaststelling van de mate van invaliditeit zal geen rekening worden gehouden met het beroep ten tijde van het ongeval;
- indien een reeds bestaande vorm van invaliditeit door een ongeval wordt verergerd, zal de vastgestelde mate van blijvende invaliditeit na het ongeval worden verminderd met de reeds voor het ongeval bestaande mate van invaliditeit;
- vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit vindt plaats uiterlijk 3 jaar na de melding van het ongeval of zoveel eerder als een blijvende toestand van invaliditeit is komen vast te staan. Indien evenwel 2 jaar na de melding van het ongeval nog geen uitkering wegens blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, dan vergoedt de verzekeraar de wettelijke rente, te beginnen 2 jaar na de melding van het ongeval over het bedrag dat uiteindelijk ter zake van blijvende invaliditeit zal zijn verschuldigd. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan. De hierboven genoemde rente is evenwel niet meer verschuldigd nadat de verzekeraar een voorschot op de uitkering ter zake van blijvende invaliditeit ter beschikking heeft gesteld;
- bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval c.q. op het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel c.q. blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben;
- indien verzekerde binnen drie jaar na het ongeval overlijdt (doch niet als gevolg van het bedoelde ongeval of als gevolg van een ander ongeval, waarvoor door de verzekeraar uitkering zal worden verleend) terwijl de uitkering voor blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, dan zal uitkering worden verleend op basis van de mate van invaliditeit welke met inachtneming van 3 jaar na het ontstaan van het ongeval, redelijkerwijs te verwachten zou zijn geweest, indien de verzekerde in leven was gebleven;
- de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of was deze ten tijde van het ongeval in het buitenland. De verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hier niet aan, dan vervalt daarmede zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

4.3 Betaling van de uitkering

- In geval van overlijden (rubriek A) Bij overlijden van de verzekerde binnen 3 jaar na het ongeval, keert de verzekeraar het voor hem verzekerde bedrag uit. Heeft de verzekeraar ter zake van hetzelfde ongeval reeds uitkering verleend wegens blijvende invaliditeit, dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden. Is de reeds verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit echter hoger dan de uitkering bij overlijden dan zal de verzekeraar het verschil niet terugvorderen.
- In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B) De mate van blijvende invaliditeit 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 géén aanleiding kunnen vormen om aanspraken te doen op aanvullende uitkeringen.
- In geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (rubriek C) De dagelijkse vergoeding, die in de bijzondere voorwaarden voorzien wordt, is verschuldigd vanaf de 31^{ste} dag na het ongeval, gedurende maximaal 365 dagen, indien de verzekerde zijn beroep niet kan uitoefenen. Deze vergoeding zal evenredig verminderd worden en in ieder geval met de helft zodra de verzekerde weer gedeeltelijk zijn beroep kan uitoefenen. Tenzij anders is bedongen zullen de dagvergoedingen aan het slachtoffer worden uitbetaald. Deze dekking is facultatief en kan in geen geval worden afgesloten voor personen jonger dan 18 jaar.

4.4 Cumulatielimiet
De cumulatielimiet per gebeurtenis bedraagt EUR 25.000.000,- voor de rubrieken A, B en C tezamen, tenzij in de polis anders is overeengekomen. De luchtcumulatielimiet per gebeurtenis bedraagt EUR 15.000.000,- voor de rubrieken A, B en C tezamen, tenzij in de polis anders is overeengekomen. Het verzekerde maximum bedrag per persoon bedraagt EUR 300.000,- voor zowel rubriek A, als rubriek B, tenzij in de polis anders is overeengekomen.

4.5 Repatriëring
Indien een verzekerde ten gevolge van een ongeval, zoals omschreven in artikel 1.7 en 2.2.b tijdens een verblijf buiten Nederland komt te overlijden, vergoedt de verzekeraar, boven het voor overlijden verzekerde bedrag, de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste EUR 5.000,-. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend in geval van gemaakte kosten van repatriëring, indien deze kosten niet krachtens enige andere verzekering of voorziening worden vergoed.

4.6 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling
Indien blijkt dat bij afwezigheid van begunstigden de staat uitkeringsgerechtigd kan zijn, bestaat voor de verzekeraar geen plicht tot betaling. Bovendien geldt dat elk recht op een uitkering vervalt indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde en/of de begunstigde(n) bij schade opzettelijk onjuiste of onvoldoende gegevens heeft/hebben verstrekt.

4.7 Verjaringstermijn
Het recht op uitkering vervalt indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen 3 jaar na de datum van het ongeval.

4.8 Vervaltermijn
Heeft de verzekeraar ten aanzien van een vordering van een rechthebbende uit de polis een definitief standpunt ingenomen, hetzij door het afwijzen van een vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan vervalt na 1 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de verzekerde, verzekeringnemer of begunstigde(n) van dit standpunt kennis nam of had kunnen nemen, ieder recht ten opzichte van de verzekeraar ter zake van het schadegeval waarop de vordering was gegrond, tenzij verzekerde, verzekeringnemer of begunstigde(n) binnen die termijn het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten.

PREMIE (artikel 5)

5.1 Premiebetaling

- Verzekeringnemer is verplicht premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.
- Als verzekeringnemer het verschuldigde bedrag niet heeft betaald binnen 30 dagen na het eerste betalingsverzoek, eindigt de dekking op de eerste dag van de periode waarover het verschuldigde bedrag betaald dient te worden. Verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde bedrag te betalen.
- Tenzij de verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag door verzekeraar is ontvangen. Schade ontstaan of veroorzaakt in de periode dat de dekking niet van kracht was, wordt niet vergoed.

5.2 Premieverrekening
De premie wordt pro rata verrekend indien wijziging van het risico een premieverlaging of premieverhoging tot gevolg heeft.

5.3 Naverrekening
Indien de premie van deze collectieve ongevallenverzekering afhankelijk is van steeds wisselende factoren zoals het aantal personeelsleden, jaarloon, dan vindt afhankelijk van de in deze verzekering overeengekomen premiebasis verrekening plaats en/of herziening van de jaarlijks te betalen (voorschot)premie. Verzekeringnemer is verplicht de benodigde gegevens uiterlijk binnen 3 maanden na het einde van elk verzekeringsjaar aan verzekeraar te verstrekken. Indien deze verplichting niet wordt nagekomen, heeft verzekeraar het recht de definitieve premie vast te stellen door de voorlopige premie met 25 % te verhogen of zoveel meer als verzekeraar op grond van de hem bekende gegevens zou toekomen. Naar gelang de definitieve premie hoger of lager is, is verzekeringnemer gehouden bij te betalen, respectievelijk is verzekeraar gehouden terug te betalen met inachtneming van de minimumpremie.

5.4 Premievaststelling
Verzekeraar heeft het recht om de in enig jaar definitief verschuldigde premie vast te stellen voor het daarop volgende jaar.

5.5 Minimumpremie
De minimumpremie voor deze verzekering bedraagt EUR 250,- per jaar.

5.6 Premierestitutie
Bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens kwade trouw van verzekeringnemer betaalt verzekeraar pro rata de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is aan verzekeringnemer terug, onder aftrek van kosten.

WIJZIGINGEN (artikel 6)

6.1 Wijziging premie en/of voorwaarden
Indien verzekeraar de premie en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort en bloc of groepsgewijs wijzigt, heeft verzekeraar het recht de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Verzekeringnemer wordt van de voorgenomen wijziging en datum waarop deze van toepassing zal zijn, tijdig schriftelijk in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen 30 dagen na die datum schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum waarop de wijziging van kracht wordt. De mogelijkheid tot opzegging geldt niet als de wijziging voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, of indien de wijziging een verlaging van de premie en/of uitbreiding van de dekking inhoudt.

6.2 Wijziging van risico
Uitbreiding van het bedrijf en/of het personeelsbestand heeft geen invloed op de omvang van de dekking van deze collectieve ongevallenverzekering. Indien echter de aard van de werkzaamheden in het bedrijf van verzekeringnemer zodanig ingrijpend wijzigt, dat voor de personeelsleden of voor een bepaald aantal personeelsleden een wezenlijke risicoverzwaren optreedt ten aanzien van het ongevallenrisico, dan dient daarvan mededeling aan de verzekeraar te worden gedaan. Dit geldt zowel voor wijzigingen van tijdelijke als permanente aard.

6.3 Verzwaring van risico
Is de verzekeraar van oordeel dat de wijziging een verzwaring van risico betekent, dan kan de verzekeraar:

- hetzij een premieverhoging bedingen;
- hetzij een verzekering met inachtneming van een opzegtermijn van 14 dagen beëindigen, met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie.
Gaat de verzekeringnemer niet akkoord met een premieverhoging, dan eindigt de verzekering met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie. Ongevallen, verzekerde overkomen voordat de verzekeraar van de wijziging in kennis is gesteld, geven – onverminderd het bepaalde in artikel 4.1 – recht op uitkering, mits de genoemde wijziging geen premieverhoging met zich meebrengt. Maakt de wijziging echter een premieverhoging noodzakelijk, dan zullen alle verzekerde bedragen geacht worden te zijn verlaagd in dezelfde verhouding als de oorspronkelijke premie staat tot de nieuwe premie. Het bepaalde in deze alinea is niet van toepassing ten aanzien van ongevallen, die geen verband houden met de risicoverzwaren, voortvloeiende uit de wijziging. Betekent de wijziging een zodanige verzwaring van het risico voor de verzekeraar, dat daarvoor geen dekking kan worden verleend, dan zal uit hoofde van deze polis slechts uitkering plaatsvinden ter zake van ongevallen, die verzekerde niet in verband met zijn beroep of bezigheden zijn overkomen.

DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING (artikel 7)

7.1 Duur van de verzekering
De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven en wordt geacht daarna telkens stilzittend te zijn voortgezet met de op het polisblad vermelde verlengingstermijn.

7.2 Einde van de verzekering

- a. op de contractsvervaldag, indien ten minste 60 dagen voor deze dag de verzekering schriftelijk is opgezegd door verzekeraar of verzekeringnemer;
- b. na schriftelijke opzegging door verzekeraar of verzekeringnemer binnen 30 dagen nadat verzekeraar onder deze verzekering een geclaimde schade heeft vergoed of afgewezen, waarbij een opzegtermijn van ten minste 14 dagen in acht dient te worden genomen;
- c. op de dag van schriftelijke opzegging door verzekeraar, indien verzekeringnemer langer dan 60 dagen in gebreke is premie en kosten te betalen;
- d. als verzekeringnemer wijziging van premie en/of voorwaarden op grond van artikel 6.1 niet accepteert.

SLOTBEPALINGEN (artikel 8)

8.1 Samenloop voorwaarden

In het geval dat de bijzondere voorwaarden en clausules afwijken van deze algemene voorwaarden, zijn de bijzondere voorwaarden en clausules bepalend voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst.

8.2 Klachtenprocedure

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van verzekeraar. Wanneer het oordeel van verzekeraar voor de verzekerde niet bevredigend is, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 3 552 248 (€ 0,10 p/min). Wanneer de verzekerde geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheid, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

8.3 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten; ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan verzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. Een consumentenbrochure van de Gedragscode kunt u opvragen bij uw financiële instelling. De volledige tekst van de Gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De volledige tekst van de Gedragscode is tevens te raadplegen via de site van de Nederlandse Vereniging van Banken www.nvb.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500) of bij de Nederlandse Vereniging van Banken (Postbus 3543, 1001 AH Amsterdam, 020-5502888).

VERZEKERAAR
ACE European Group Limited
Marten Meesweg 8-10
3068 AV Rotterdam
Register Rotterdam 24353249

Hoofdkantoor: 100 Leadenhall Street, London EC3A 3BP, UK. Company Number: 1112892.

Top AVCO 0807