

Bijzondere voorwaarden Persoonlijke Ongevallen

Inhoudsopgave

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Verzekeringnemer
- 1.2 Verzekerde
- 1.3 Begunstigde(n)
- 1.4 Verzekeraar
- 1.5 Ongeval
- 1.6 Blijvende invaliditeit
- 1.7 Tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- 1.8 Ziekenhuis
- 1.9 Ziekenhuisopname
- 1.10 Specialist
- 1.11 Geneeskundige kosten

Artikel 2 Strekking van de verzekering

Artikel 3 Grondslag van de verzekering

Artikel 4 Verzekeringsgebied

Artikel 5 Insluitingen

Artikel 6 Luchtvaartrisico

Artikel 7 Recht op uitkering

Artikel 8 Wijze van vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit

Artikel 9 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

Artikel 10 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

Artikel 11 Uitsluitingen

Artikel 12 Verplichtingen bij een ongeval

Artikel 13 Vervaltermijn

Artikel 14 Begunstiging

Artikel 15 Premiebetaling

Artikel 16 Wijziging van premie en/of voorwaarden

Artikel 17 Verandering van beroep of werkzaamheden

Artikel 18 Duur en einde van de verzekering

Artikel 19 Geschillen

Artikel 20 Klachtenregeling

Artikel 21 Toepasselijk recht

Artikel 22 Adres

Artikel 23 Privacy-reglement

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Verzekeringnemer

Degene, die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

1.2 Verzekerde

Degene, die als zodanig op het polisblad is genoemd.

1.3 Begunstigde(n)

Degene(n) aan wie een krachtens de verzekering verschuldigd geworden uitkering wordt gedaan, en die als zodanig op het polisblad is/zijn genoemd.

1.4 Verzekeraar

PROVIDE Verzekeringen BV, als gevolmachtigde van Goudse Schadeverzekering N.V.

1.5 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

1.6 Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie-)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde, zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde. De wijze van vaststelling van blijvende invaliditeit wordt nader omschreven in de artikelen 8 en 9.

1.7 Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

De rechtstreeks en zonder invloed van andere oorzaken ontstane en medisch vast te stellen tijdelijke ongeschiktheid van de verzekerde tot het verrichten van de werkzaamheden, verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep als gevolg van het door het ongeval veroorzaakte lichamelijke letsel.

1.8 Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

1.9 Ziekenhuisopname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.10 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst.

1.11 Geneeskundige kosten

Onder deze kosten worden uitsluitend verstaan:
– de kosten van honoraria van behandelend artsen, alsmede de door hen voorgeschreven geneesmiddelen;
– de kosten van een in Nederland gevestigde praktiserende fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie;
– de kosten van verpleging en behandeling in een ziekenhuis;

- de vervoerskosten naar en van een huisarts, specialist en/of ziekenhuis;
- kosten van kunstledematen; mits deze kosten zijn ontstaan ten gevolge van een ongevalsletsel en voor zover medisch noodzakelijk.

Artikel 2 Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel, indien en voor zover verzekerd blijktens het polisblad, een uitkering te verlenen bij overlijden, blijvende invaliditeit en/of tijdelijke arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, ten gevolge van een ongeval, alsmede schadeloosstelling voor geneeskundige kosten door verzekerde gemaakt ten gevolge van een ongeval.

Artikel 3 Grondslag van de verzekering

De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte inlichtingen en gedane verklaringen vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. Ingeval voornoemde inlichtingen en verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van verzwijging van aan de verzekeringnemer en/of de verzekerde bekende omstandigheden als bedoeld in de terzake doende wettelijke bepalingen, heeft verzekeraar het recht zich op vernietigbaarheid van de overeenkomst te beroepen.

Artikel 4 Verzekeringsgebied

Deze verzekering biedt dekking voor ongevallen, de verzekerde waar ook ter wereld overkomen. Bij tijdelijk verblijf buiten Europa wordt de risicodekking opgeschort, zodra dit verblijf langer dan 6 maanden heeft geduurd.

Artikel 5 Insluïtingen

In aansluiting op de in artikel 1.5 (ongeval) gestelde begripsomschrijving wordt onder een ongeval tevens verstaan:

- 5.1 Acute vergiftiging tengevolge van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen of alcohol, en anders dan het binnenkrijgen van allergenen.
- 5.2 Het ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen.
- 5.3 Besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mens, dier of goederen.
- 5.4 Verstuijing, ontwrichting en scheuring van spier-en bandweefsel, mits deze letsels

plotseling zijn ontstaan en hun aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen.

- 5.5 Verstikking, verdrinking, bevrozing, zonnesteek, hitteberoerte.
- 5.6 Uitputting, verhogering, verdrosting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden.
- 5.7 Wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel.
- 5.8 Complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.

Artikel 6 Luchtvaartrisiko

Het luchtvaartrisiko, inclusief vliegtuigkaping, is gedekt voor zover verzekerde als passagier rechtmatig gebruik maakt van een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt, alsmede indien als amateur zweefvlieger of als diens passagier wordt deelgenomen aan het burgerlijk luchtverkeer en mits de piloot een voor die vlucht geldig brevet heeft.

Artikel 7 Recht op uitkering

- 7.1 Rubriek A: Recht op uitkering bij overlijden Er bestaat recht op uitkering krachtens Rubriek A, indien uit het polisblad blijkt dat deze rubriek verzekerd is. In geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt het voor overlijden verzekerde bedrag uitgekeerd. Indien terzake van hetzelfde ongeval een uitkering wegens blijvende invaliditeit is verleend, wordt deze in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering. Terugvordering van een reeds verrichte uitkering zal niet plaatsvinden.
- 7.2 Rubriek B: Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag. Mocht de verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit zijn overleden anders dan door het ongeval, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van invaliditeit, indien de verzekerde niet zou zijn overleden.
- 7.3 Rubriek C: recht op uitkering bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid Er bestaat recht op uitkering krachtens Rubriek C, indien uit het polisblad blijkt dat deze rubriek verzekerd is. Verzekerd is een van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering tot het op het polisblad vermelde dagbedrag. De eigen risicotermijn vangt aan op de dag dat de verzekerde zich onder geneeskundige behandeling heeft gesteld. Na afloop van

voornoemde termijn ontstaat een recht op uitkering. De tijdelijke arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld aan de hand van gegevens van door verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling zal telkens ten spoedigste aan de verzekeringnemer mededeling worden gedaan. In geval van algehele tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt de volgens Rubriek C verzekerde som uitgekeerd. In geval van gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt de uitkering naar evenredigheid aangepast. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden termijnen geschiedt zo spoedig mogelijk na elke periode van vier weken. Bij beëindiging van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid zal de uitbetaling zo spoedig mogelijk geschieden nadat de beëindiging aan verzekeraar bekend is gemaakt.

- 7.4** Rubriek D: Recht op vergoeding van geneeskundige kosten Er bestaat recht op vergoeding van geneeskundige kosten krachtens Rubriek D, indien uit het polisblad blijkt dat deze rubriek verzekerd is. Vergoed worden de medisch noodzakelijke geneeskundige kosten, ontstaan ten gevolge van de behandeling van een ongevalsletsel, tot maximaal het verzekerde bedrag als op het polisblad vermeld. Dit bedrag geldt per gebeurtenis. Onder geneeskundige kosten worden niet verstaan kosten van alternatieve geneeswijzen, tenzij de behandelend arts staat ingeschreven als huisarts in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Indien blijkt, dat de door Rubriek D gedekte kosten, schade(n) of verstrekkingen eveneens op (een) andere polis(sen) al dan niet van oudere datum is/zijn gedekt, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan, dan wel op grond van een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst aanspraak zou kunnen worden gemaakt (of bij gebreke van onderhavige verzekering aanspraak zou kunnen worden gemaakt) op vergoeding, bestaat geen aanspraak op vergoeding onder onderhavige verzekering. Deze uitsluiting blijft onverminderd van kracht als er onder enige andere verzekering of (wettelijke) voorziening aanspraak op vergoeding is, maar deze niet gehonoreerd wordt, omdat een voorgeschreven procedure niet is gevolgd, of enige verplichting niet is nagekomen.

Artikel 8 Wijze van vaststellen van de mate van blijvende invaliditeit

- 8.1** Wijze van vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld in

Nederland door middel van medisch onderzoek. Aan de medicus zal gevraagd worden:

1. in het geval van artikel 9.1.1: het percentage (functie-)verlies van een bepaald lichaamsdeel of orgaan.
 2. in geval van artikel 9.1.2: het percentage functieverlies van het lichaam als geheel. De bepaling van het percentage (functie-)verlies geschiedt volgens objectieve maatstaven, en wel overeenkomstig de derde uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.).
- 8.2** 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 inwendige kunstof hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen geringere (functie-)verlies wel rekening gehouden. Zie ook artikel 10.
- 8.3** Termijn voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald, zodra van een onveranderlijke toestand kan worden gesproken, tenzij tussen verzekerde en verzekeraar een expliciete termijn wordt overeengekomen. In dat geval kan verzekeraar de verzekerde tegemoet komen met een voorschot.

Artikel 9 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

- 9.1** Vaststelling van het uitkeringspercentage Aan de hand van het door de medicus bepaalde percentage (functie-)verlies wordt een uitkeringspercentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag vastgesteld als volgt:

1. Volledig (functie-)verlies van:	
het gezichtsvermogen van beide ogen:	100%
het gezichtsvermogen van één oog:	30%
maar als verzekeraar krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog:	70%
het gehoor van beide oren:	60%
het gehoor van één oor:	70%
maar als verzekeraar krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het gehoor van het andere oor:	60%
een arm:	75%
een hand:	60%
een duim:	25%
een wijsvinger:	14%
een middelvinger:	12%
een ringvinger:	10%
een pink:	10%
een been:	70%
een voet:	50%
een grote teen:	5%
een andere teen:	3%
de milt:	5%

de smaak en/of de reuk: 10%
 Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie-)verlies van één of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd. In geval van functieverlies van de smaak en/of de reuk wordt uitsluitend uitgekeerd indien dit functieverlies 100% bedraagt.
 Bij volledig (functie-)verlies van meer dan één vinger van een hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij het verlies van de gehele hand.

2. Voor alle blijvende (geheel of gedeeltelijke) invaliditeitsgevallen anders dan genoemd in artikel 9.1.1. zal een percentage worden vastgesteld dat de mate van blijvende invaliditeit aangeeft, dat het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

3. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit blijven het beroep en/of de bezigheden van verzekerde buiten beschouwing.

9.2 Verhoogde uitkering Bij een mate van blijvende invaliditeit van 26% of meer wordt een uitkering verleend overeenkomstig de volgende tabel:

invaliditeits- graad	uitkerings- percentage	Invaliditeits- graad	Uitkerings- percentage
26%	27%	64%	117%
27%	29%	65%	120%
28%	31%	66%	123%
29%	33%	67%	126%
30%	35%	68%	129%
31%	37%	69%	132%
32%	39%	70%	135%
33%	41%	71%	138%
34%	43%	72%	141%
35%	45%	73%	144%
36%	47%	74%	147%
37%	49%	75%	150%
38%	51%	76%	153%
39%	53%	77%	156%
40%	55%	78%	159%
41%	57%	79%	162%
42%	59%	80%	165%
43%	61%	81%	168%
44%	63%	82%	171%
45%	65%	83%	174%
46%	67%	84%	177%
47%	69%	85%	180%
48%	71%	86%	183%
49%	73%	87%	186%
50%	75%	88%	189%
51%	78%	89%	192%
52%	81%	90%	195%
53%	84%	91%	198%
54%	87%	92%	201%
55%	90%	93%	204%
56%	93%	94%	207%
57%	96%	95%	210%
58%	99%	96%	213%
59%	102%	97%	216%
60%	105%	98%	219%
61%	108%	99%	222%
62%	111%	100%	225%
63%	114%		

9.3 Cumulatie van uitkeringen In geval van één of meer ongevallen, tijdens de duur van deze verzekering de verzekerde overkomen, zal de som van alle uitkeringen terzake van blijvende invaliditeit tezamen, de 225% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag niet te boven gaan.

9.4 Rentevergoeding Indien één jaar nadat het ongeval bij verzekeraar is gemeld, de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld omdat de medische eindtoestand nog niet is bereikt, vergoedt verzekeraar over het uit te keren bedrag een rente van 5% op jaarbasis vanaf de 366e dag na de schademelding. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

Artikel 10 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

10.1 Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

10.2 De beperking onder artikel 10.1 is echter niet van toepassing, indien de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor verzekeraar reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

10.3 Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door verzekeraar geen uitkering verleend.

10.4 Indien reeds vóór een ongeval een (functie-)verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond, wordt de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

Artikel 11 Uitsluitingen

Verzekeraar is niet tot enige uitkering verplicht terzake van:

11.1 Ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende.

11.2 Ongevallen in verband met het door de verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe.

11.3 Ongevallen tengevolge van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht; tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter juiste vervulling van zijn beroep, bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of goederen te redden.

11.4 Ongevallen ontstaan als gevolg van een ziekelijke toestand of als gevolg van lichamelijke of geestelijke afwijkingen van verzekerde, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor verzekeraar krachtens deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is.

11.5 Psychische aandoeningen, van welke aard of oorzaak ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel.

- 11.6** Ongevallen verbandhoudende met het onder invloed zijn van alcoholhoudende dranken, tenzij de verzekerde/de begunstigde aantoonde dat de verzekerde ten tijde van het ongeval minder dan 0,8 o/oo alcohol in zijn bloed had, danwel indien het ademgehalte lager was dan 350 microgram.
- 11.7** Ongevallen waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden.
- 11.8** Ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepslag (coup de fouet), periartritis humeroscapularis, tennis-arm (epicondylitis lateralis), of golfersarm (epicondylitis medialis).
- 11.9** De gevolgen van de door de verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder de polis gedekt ongeval dat deze behandeling noodzakelijk maakte.
- 11.10** Ongevallen de verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cylinderinhoud van 50 cc. of meer, indien hij de leeftijd van 23 jaar nog niet heeft bereikt.
- 11.11** Ongevallen welke het gevolg zijn van het verrichten van werkzaamheden met houtbewerkingsmachines.
- Niet onder de uitsluiting vallen:
- draagbare door één man uit de hand bedienbare houtbewerkingsmachines (d.w.z. uitsluitend niet vast opgestelde en niet-hangende machines, welke in haar geheel gedurende de bewerking door één per-soon met de hand(en) gedragen en/of bestuurd worden);
 - machines die geen houtafval produceren (bijvoorbeeld machines voor het spijkeren of krammen van kisten, het lijmen of persen van hout).
- 11.12** Ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier, alsmede sportvliegen (daaronder niet begrepen het zweefvliegen conform het bepaalde in artikel 6), deltavliegen, zeilvliegen en dergelijke.
- 11.13** Ongevallen welke het gevolg zijn van het – maken van bergtochten over gletschers, tenzij onder leiding van een erkende gids;
– klettern, ski-alpinisme, ski-springen, ski-bob, ski-zeilen, bobsleeën, rodeln en skeleton;
– deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en (brom)fietsen, indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
– beoefenen van sport als nevenberoep.
- 11.14** Ongevallen waarover verzekerde een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan.
- 11.15** Ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door - hetzij direct, hetzij indirect - gewapend

conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981.

- 11.16** Ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij, of voortvloeiende uit een atoomkernreactie onverschillig hoe de reactie is ontstaan, behalve ingeval de schade voortvloeit uit een onjuiste medische behandeling (met inachtneming van het bepaalde in artikel 11.9) van verzekerde met een radio-actieve straling.

Artikel 12 Verplichtingen bij een ongeval

12.1 Termijnen van aanmelding

1. De verzekeringnemer is verplicht verzekeraar zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen één maand, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op een uitkering als bedoeld in de artikelen 7.2, 7.3 en/of 7.4 zou kunnen ontstaan. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan uitsluitend ten aanzien van de in artikel 7.2 bedoelde uitkering niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits de verzekerde/de begunstigde aantoonde dat:
 - de blijvende invaliditeit uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
 - de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn verergerd;
 - de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.
2. In geval van overlijden (uitkering als bedoeld in artikel 7.1) is de verzekeringnemer of de begunstigde verplicht verzekeraar hiervan tenminste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie in kennis te stellen.

- 12.2** Verplichtingen in geval van overlijden In geval van overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval is de begunstigde verplicht desgevraagd medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

- 12.3** Verplichtingen van verzekerde na een ongeval De verzekerde is verplicht:

1. zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;
2. zich herstelbevorderend te gedragen door tenminste de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
3. zich desgevraagd op kosten van verzekeraar te laten onderzoeken door een door verzekeraar aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;
4. alle door verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan verzekeraar of aan de door haar aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te

verzwijgen, die voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn;
5. tijdig verzekeraar in kennis te stellen bij vertrek naar het buitenland.

- 12.4** Verplichtingen van de verzekeringnemer De verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in artikel 12.2 en 12.3 genoemde verplichtingen.
- 12.5** Sanctie-bepaling De verzekering geeft geen dekking, indien de verzekerde, de begunstigde en/of de verzekeringnemer zijn verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van verzekeraar heeft geschaad.

Artikel 13 Vervaltermijn

- 13.1** Heeft verzekeraar ten aanzien van de vordering van een rechthebbende uit de polis een definitief standpunt ingenomen, hetzij door het afwijzen van de vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan vervalt na één jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de rechthebbende of de gemachtigde van dit standpunt kennis kreeg, ieder recht ten opzichte van verzekeraar ter zake van het schadegeval waarop de vordering was gegrond, tenzij verzekeringnemer of verzekerde binnen die termijn het standpunt van verzekeraar heeft aangevochten.
- 13.2** Onverminderd het bepaalde in artikel 13.1 vervalt het recht op uitkering in elk geval, indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen drie jaar na de gebeurtenis die voor verzekeraar tot een verplichting tot uitkering kan leiden.

Artikel 14 Begunstiging

- 14.1** In geval van overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval zal de uitkering geschieden aan begunstigde.
- 14.2** In geval van blijvende invaliditeit en/of tijdelijke arbeidsongeschiktheid van de verzekerde als gevolg van een ongeval en/of in geval van door het ongeval gemaakte geneeskundige kosten zal de uitkering/vergoeding van kosten aan verzekerde gedaan worden, tenzij anders op het polisblad vermeld wordt.
- 14.3** Recht op uitkering heeft de begunstigde die in leven is of bestaat op het moment van het verschuldigd worden van de uitkering/vergoeding en die overeenkomstig de op het polisblad aangegeven volgorde als eerste voor die uitkering in aanmerking komt.
- 14.4** Zijn als begunstigten aangewezen de kinderen, dan worden daaronder verstaan de wettige, stiefen pleeg- en adoptiekinderen in de zin van het Burgerlijk Wetboek. Is een kind vóór het opeisbaar worden van een bedrag overleden, dan treden diens nakomelingen in zijn plaats.
- 14.5** De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 15 Premiebetaling

- 15.1** Premiebetaling in het algemeen De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd worden.
- 15.2** Niet (-tijdige) betaling Indien de verzekeringnemer het totaal verschuldigde bedrag weigert te betalen, danwel de in gestelde termijn van dertig dagen verstrijkt zonder dat het verschuldigde is betaald, wordt de dekking opgeschort. Een nadere ingebrekestelling door verzekeraar is niet vereist. De opschorting wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak waarover het totaalbedrag verschuldigd is. De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door verzekeraar is ontvangen en aangenomen.
- 15.3** Terugbetaling Bij tussentijdse opzegging wordt de lopende premie naar billijkheid verminderd. Bij beëindiging wegens opzet verzekeraar te misleiden zal geen restitutie van premie worden verleend.

Artikel 16 Wijziging van premie en/of voorwaarden

Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen de termijn in de mededeling genoemd schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de mededeling door verzekeraar is genoemd. De mogelijkheid van opzegging van de verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

Artikel 17 Verandering van beroep of werkzaamheden

- 17.1** Mededelingsplicht Bij een verandering van het op het polisblad vermelde beroep van verzekerde of de daaraan verbonden werkzaamheden is verzekeringnemer en/of verzekerde verplicht verzekeraar hiervan zo spoedig mogelijk in kennis te stellen.
- 17.2** Geen risicoverzwaren Indien de verandering naar het oordeel van verzekeraar geen risicoverzwaren betekent, blijft de dekking onverminderd van kracht. Wordt het risico voor verzekeraar verminderd, dan zullen de premies en condities hiermee in overeenstemming gebracht worden. Deze aanpassing gaat in met ingang van de datum

waarop de mededeling van de verandering verzekeraar bereikte.

17.3 Risicoverzuring Indien de verandering naar het oordeel van verzekeraar een risicoverzuring betekent, heeft verzekeraar het recht:

1. de verzekering op gewijzigde premie en condities voort te zetten. Indien de verzekeringnemer hier niet mee akkoord gaat, kan hij binnen dertig dagen na ontvangst van de mededeling, de verzekering schriftelijk opzeggen. De verzekering eindigt in dit geval na afloop van de dertigste dag na ontvangst van de door verzekeraar gedane mededeling;

2. de verzekering te beëindigen. Verzekeraar zal in dat geval de verzekering schriftelijk aan verzekeringnemer opzeggen. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, waarbij verzekeraar een opzeggingstermijn van tenminste veertien dagen in acht zal nemen.

17.4 Geen mededeling van verandering van beroep of werkzaamheden Indien geen mededeling, zoals onder 17.1 bedoeld, aan verzekeraar is gedaan, gelden de navolgende bepalingen:

1. is er naar het oordeel van verzekeraar geen sprake van risicoverzuring, dan blijft de dekking onverminderd van kracht;

2. is er naar het oordeel van verzekeraar sprake van risicoverzuring die geleid zou hebben tot een wijziging in de premie en condities, dan zal de uitkering plaatsvinden in verhouding van de premie voor het op het polisblad vermelde beroep tot de premie die voor het nieuwe beroep verschuldigd is. Eventuele, voor het nieuwe beroep geldende, beperkende condities zullen eveneens worden toegepast. Deze vermindering zal niet worden toegepast indien verzekerde een ongeval buiten zijn beroep is overkomen;

3. is er naar het oordeel van verzekeraar sprake van een risicoverzuring die van dien aard is, dat bij bekendheid hiervan de verzekering zou zijn beëindigd, dan bestaat geen recht op uitkering, tenzij het een ongeval betreft dat verzekerde buiten zijn beroep is overkomen. De verzekering eindigt in dit geval met ingang van de datum waarop verzekeraar kennis nam van de beroepswijziging.

Artikel 18 Duur en einde van de verzekering

18.1 Duur De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt telkens stilzwijgend verlengd voor een gelijke periode.

18.2 Einde

1. De verzekering eindigt zonder schriftelijke opzegging a) zodra de verzekerde ophoudt zijn woon

plaats in Nederland te hebben;

b) op de laatste dag van het verzekeringsjaar waarin verzekerde de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt;

c) bij overlijden van verzekerde;

d) aan het eind van het verzekeringsjaar waarin overeenkomstig het bepaalde in Rubriek B de invaliditeitsgraad is vastgesteld op 100%.

2. De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer of diens rechtverkrijgenden: a) op de contractsvervaldatum met inachtneming van een opzeggingstermijn van drie maanden;

b) indien de verzekeringnemer weigert de wijziging van premie en/of voorwaarden te accepteren, die verzekeraar op grond van de voorwaarden (artikel 16 respectievelijk 17) kan verlangen.

3. De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door verzekeraar aan verzekeringnemer indien door of namens de verzekeringnemer, de verzekerde of belanghebbenden met opzet een onjuiste voorstelling van zaken met betrekking tot een ongeval en/of het verzekerde risico is gegeven. De verzekering eindigt in dit geval op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

4. Rubriek C eindigt: a) op het tijdstip waarop verzekerde in militaire dienst treedt;

b) op het tijdstip waarop verzekerde ophoudt een beroep/bedrijf of werkzaamheden uit te oefenen. Indien zulks het gevolg is van een ongeval waarvoor op dat tijdstip aanspraak op uitkering kan worden gemaakt, zal de dekking op Rubriek C doorlopen tot maximaal de op het polisblad aangegeven uitkeringsduur; restitutie van premie zal in dit geval niet meer plaatsvinden.

Artikel 19 Geschillen

Alle geschillen uit deze overeenkomst voortvloeiende, met uitzondering van die betreffende premiebetaling, kunnen na instemming van partijen, worden voorgelegd aan één of drie in gemeen overleg aan te wijzen deskundige(n) wiens (wier) oordeel door partijen aanvaard wordt als een voor hen bindend advies. De kosten van het bindend advies worden door partijen ieder voor de helft gedragen en bij het aanvragen van het advies in handen van deskundige(n) gesteld.

Artikel 20 Klachtenregeling

Klachten verband houdende met de verzekering kunnen onverminderd het beroep op de burgerlijke rechter worden voorgelegd aan:

– Klachtencommissie De Goudse Verzekeringen
Postbus 9 2800 MA Gouda en/of

– Stichting Klachteninstituut Verzekeringen Postbus
93560 2509 AN Den Haag

Voor alle klachten over het SRK kunt u schriftelijk terecht bij:

SRK-klachtenbureau

Postbus 3020

2700 LA Zoetermeer

Het SRK-klachtenbureau bestaat uit een aantal klachtfunctionarissen. De klachtfunctionaris heeft tot taak de klacht te onderzoeken en af te laten handelen. Hij probeert zo snel mogelijk met de klager in contact te treden en stuurt binnen één week daarna een schriftelijke bevestiging van wat er is besproken, o.a. wie de klacht verder afhandelt en wanneer klager een inhoudelijke reactie krijgt.

Artikel 21 Toepasselijk recht

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 22 Adres

Kennisgevingen door verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatst bij verzekeraar bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt.

Artikel 23 Privacy-reglement

De door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte en nog te verstrekken gegevens kunnen worden opgenomen in de door verzekeraar aangehouden cliëntenregistratie. Hierop is een privacyreglement van toepassing.