

ONGEVALLLENVERZEKERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

Art. 1 BEGRIPSONMSCHRIJVINGEN

Verzekeringnemer:

degene die deze verzekeringsovereenkomst is aangegaan met de Eerste Algemene Verzekering Maatschappij.

Verzekerde:

degene die door een ongeval moet worden getroffen, wil er aanspraak op uitkering krachtens deze verzekering kunnen ontstaan.

Begunstigde:

degene aan wie een uitkering krachtens deze verzekering dient te geschieden.

Maatschappij:

Eerste Algemene Verzekering Maatschappij.

Ongeval:

een ongeval is een plotselinge, gewelddadige en ongewilde inwerking van buitenaf op het lichaam van verzekerde waardoor lichamelijk letsel ontstaat, dan wel welke de dood tot gevolg heeft, ook indien het ongeval is ontstaan als gevolg van een op dat moment bij verzekerde bestaande ziekte, kwaal of gebrek.

Met een ongeval wordt gelijkgesteld:

- verstuking, ontwrichting, verdrinking, verstikking, verbranding, bevroering, zonnesteek, alsmede overlijden of invaliditeit tengevolge van geïsoleerd raken van verzekerde door een catastrofale gebeurtenis;
- complicaties veroorzaakt door een onjuiste behandeling van een ongevalsletsel;
- ziekten het gevolg zijnde van een onvrijwillige val in het water of van een poging tot redding van mens of dier;
- het ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen of stoffen;
- uitsluitend voor tijdelijke invaliditeit en met een uitkering van ten hoogste 28 dagen per verzekeringsjaar:
 - lendenspit (lumbago), krakende peesschede ontsteking (tendovaginitis cr pitans) en zweeps slag (coup de fouet), tennisarm en spierverrekking.

Als letsel tengevolge van een ongeval wordt nimmer beschouwd hernia (ingewandsbreuk), hernia nucle i pulposi, insectenbeten en door insecten overgebrachte ziekten.

Blijvende invaliditeit:

blijvend geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde.

Tijdelijke invaliditeit:

tijdelijke verminderde geschiktheid tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het in de polis omschreven beroep van verzekerde.

Kosten van geneeskundige behandeling:

de honoraria van artsen en tandartsen, alsmede de kosten van door een arts voorgeschreven genees- en verbandmiddelen, van behandeling en op basis van derde klasse verpleging in een ziekenhuis, van ziekenvervoer, van prothesen, van een blindegeleidehond en van een invalidewagen.

Eigen risicotermijn:

de periode waarover geen recht op uitkering bestaat.

Art. 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

De door de verzekeringnemer en de verzekerde door middel van het aanvraagformulier, een keuringsrapport of door middel van andere documenten verstrekte inlichtingen en gedane verklaringen gelden als grondslag van de verzekering en worden geacht  en geheel te vormen met de polis.

Art. 3 OMVANG VAN DE DEKING

A. Overlijden

Indien verzekerde binnen drie jaar na een ongeval als enig en rechtstreeks gevolg van het daarbij opgelopen letsel komt te overlijden, wordt de voor overlijden verzekerde som uitgekeerd, onder aftrek van het bedrag hetwelk eventueel reeds is uitgekeerd terzake van blijvende invaliditeit ontstaan door hetzelfde ongeval. Indien laatstbedoelde uitkering hoger was dan de voor overlijden verzekerde som, zal het meerdere niet worden teruggevorderd. De uitkering zal geschieden aan de daartoe aangewezen begunstigde(n) uiterlijk 30 werkdagen nadat de maatschappij in het bezit is gesteld van een uittreksel uit het overlijdensregister van de Burgerlijke Stand en van een notariële akte van erfrecht, in het geval dat de wettige erfgenamen als begunstigden zijn aangewezen.

B. Blijvende invaliditeit

Indien verzekerde binnen drie jaar na een ongeval als enig en rechtstreeks gevolg van het daarbij opgelopen letsel blijvend invalide wordt, wordt aan hem of haar bij gehele invaliditeit de daarvoor verzekerde som uitgekeerd en bij gedeeltelijke invaliditeit een percentage van de verzekerde som naar verhouding van de mate van invaliditeit. De mate van invaliditeit zal -zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde- zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie jaar na het ongeval, door een door de maatschappij benoemde medicus worden vastgesteld, desgewenst in overleg met een door verzekerde benoemde medicus. Alle kosten, verbonden aan de vaststelling van de mate van invaliditeit, komen voor rekening van de maatschappij. Voor de vaststelling van de mate van invaliditeit dienen de medici met de hierna vermelde maatstaven rekening te houden.

Als invaliditeitspercentage geldt bij geheel verlies of onbruikbaarheid van:

- gezichts-, spraak-, gehoor- of denkvermogen	100%
- een been tot boven het kniegewricht	75%
- een voet tot in of boven het enkelgewricht	50%
- een arm tot boven het ellebooggewricht	75%
- een hand tot in of boven het polsgewricht	60%

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| - het gezichtsvermogen van  en oog | 35% |
| - het gehoor van  en kant | 30% |
| - een duim | 25% |
| - een wijsvinger | 20% |
| - een ring- of middelvinger of pink | 10% |
| - een grote teen | 6% |
| - een andere teen | 3% |
| - reuk- en/of smaakvermogen | 5% |

In andere gevallen van blijvende invaliditeit is de uitkering gelijk aan het percentage van de verzekerde som dat evenredig is aan de mate van invaliditeit, zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde.

Voor alle gevolgen van een ongeval tezamen wordt niet meer dan 100% van de verzekerde som uitgekeerd. Bij verlies of onbruikbaarheid van meer dan  en vinger wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies of onbruikbaarheid van de hand tot in het polsgewricht.

Indien v or het ongeval reeds blijvende invaliditeit bestond, zal een percentage gelden gelijk aan het verschil tussen de percentages van blijvende invaliditeit v or en na het ongeval, beide vastgesteld naar de maatstaven als hiervoor vermeld. Nadat de mate van invaliditeit is vastgesteld, zal het verschuldigde bedrag binnen 30 werkdagen aan de begunstigde worden uitgekeerd, vermeerderd -indien de vaststelling heeft plaats gehad later dan een jaar na het ongeval- met de wettelijke rente, te rekenen van de 366e dag na het ongeval tot de dag waarop de vaststelling heeft plaatsgehad. De maatschappij is geen uitkering terzake van blijvende invaliditeit verschuldigd indien de verzekerde binnen een jaar na het ongeval komt te overlijden. Eventueel reeds dan door de maatschappij verstrekte uitkeringen zullen echter niet worden teruggevorderd.

C. Tijdelijke invaliditeit

Indien verzekerde als enig en rechtstreeks gevolg van een ongeval tijdelijk invalide wordt, zal aan de verzekerde bij gehele invaliditeit het per dag verzekerde bedrag ten volle worden uitgekeerd en bij gedeeltelijke invaliditeit een percentage van het per dag verzekerde bedrag, naar mate de verzekerde niet in staat is de gewone werkzaamheden, verbonden aan het in het polisblad vermelde beroep, te verrichten. De mate van invaliditeit zal door de maatschappij worden vastgesteld, na dienaangaande te zijn voorgelicht door een arts van haar keuze. Tenzij een eigen risicotermijn is overeengekomen, gaat de uitkering in op de dag na die waarop geneeskundige hulp voor het letsel werd ingeroepen en zij duurt, zolang verzekerde invalide is, voort tot de dag waarop een uitkering wegens blijvende invaliditeit als gevolg van hetzelfde ongeval is vastgesteld. Het voor tijdelijke invaliditeit verschuldigde bedrag zal steeds na verloop van iedere maand worden vastgesteld en binnen 10 dagen nadien worden uitgekeerd.

D. Kosten van geneeskundige behandeling

De kosten van geneeskundige behandeling worden vergoed tot ten hoogste de verzekerde som, indien zij als enig en rechtstreeks gevolg van het ongeval binnen drie jaar nadien worden gemaakt, medisch noodzakelijk zijn en door verzekerde niet elders kunnen worden geclaimd. Indien tandheelkundige behandeling:

- betrekking heeft op een reparatie aan of vervanging van een reeds bestaande uitneembare prothese, bestaat geen recht op uitkering;
- gezien de leeftijd van de verzekerde moet worden uitgesteld, geldt de bepaling, dat de kosten gemaakt dienen te zijn v or het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Art. 4 AFWIJKENDE GEZONDHEIDSTOESTAND

Mochten de gevolgen van een 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 geweest zou zijn. Indien de genoemde omstandigheden van de verzekerde het gevolg zijn van een ander ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering heeft moeten doen of nog zal moeten doen, dan blijven deze omstandigheden buiten beschouwing.

Art. 5 UITSLUITINGEN

Van de verzekering zijn uitgesloten ongevallen ontstaan:

- door opzet van verzekerde of van iemand die bij de uitkering belang heeft, bij een tweegevecht of bij het opzettelijk door verzekerde plegen of medeplegen van een misdrijf of een poging daartoe;
- terwijl de verzekerde door eigen toedoen onder invloed van bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen verkeert;
- als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc;
- in verband met het verblijf in een luchtvaartuig anders dan als passagier;
- bij het beoefenen van gevaarlijke sporten, zoals ijshockey, bobsledrijen, ski-springen, free-style skiën, alpinisme, zweefvliegen, parachutespringen, deltavliegen, ballonvaart, American football, diepzeeduiken en het deelnemen aan een boks-, budo-, worstel- of rugbywedstrijd of tijdens het deelnemen aan of het voorbereiden van wedstrijden of rally's, waarbij het snelheids-element overweegt;
- tijdens het beroepsmatig werken met houtbewerkingsmachines;
- terwijl niet binnen  en jaar na weigering van de uitkering door de maatschappij de verzekerde zijn aanspraken in rechte heeft doen gelden;
- ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door -hetzij direct, hetzij indirect- een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitiej. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd;
- ongevallen, veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiend uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe de reactie is ontstaan.

Art. 6 VERPLICHTINGEN NA ONGEVAL

1. In geval van overlijden van de verzekerde zijn de begunstigen -op straffe van verlies van rechten uit de verzekering- verplicht de maatschappij tenminste 48 uur voor de begrafenis of de crematie in te lichten en terstond onvoorwaardelijk sectie, zoodoig na opgraving, toe te staan.
2. De verzekerde is -op straffe van verlies van rechten uit de verzekering-verplicht:
 - a. de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens kosten voor genees- en/of tandheelkundige behandeling zou kunnen ontstaan;
 - b. de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan, met dien verstande dat na het verstrijken van laatstgenoemde termijn toch een recht op uitkering kan ontstaan indien ten genoegen van de maatschappij kan worden aangetoond dat deze invaliditeit het uitsluitend gevolg is van het ongeval. De verplichting tot deze kennisgeving geldt niet, indien de verzekerde het ongeval reeds overeenkomstig lid 1 heeft gemeld. Indien de kennisgeving later dan 5 jaar na het ongeval geschiedt zal nimmer aanspraak op enige uitkering kunnen worden gemaakt;
 - c. de maatschappij alle van belang zijnde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken;
 - d. er voor zorg te dragen dat de verzekerde:
 - de door de maatschappij verlangde medewerking verleent zoals het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aangewezen arts;
 - zich onder geneeskundige behandeling stelt of daaronder blijft, indien dit redelijkerwijs is geboden;
 - aan de geneezing medewerkt door de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;
 - zich niet zonder toestemming van de maatschappij naar het buitenland begeeft indien hij lijdt aan de gevolgen van een ongeval.

Art. 7 RISICOWIJZIGING

1. Wijziging van beroep en van werkzaamheden van de verzekerde dient binnen 30 dagen schriftelijk aan de maatschappij te worden gemeld.
2. Heeft de wijziging naar het oordeel van de maatschappij:
 - a. geen risicoverzwaaring tengevolge, dan blijft de verzekering ongewijzigd van kracht, eventueel tegen verlaagde premie en met restitutie vanaf de datum, waarop de maatschappij van de wijziging kennis kreeg;
 - b. een voor de maatschappij aanvaardbare risicoverzwaaring tengevolge, dan worden de premie en voorwaarden aan het nieuwe risico aangepast, tenzij de verzekeringnemer binnen 30 dagen tegen die aanpassing bezwaar maakt; alsdan eindigt de verzekering aan het eind van die termijn;
 - c. een voor de maatschappij niet aanvaardbare risicoverzwaaring tengevolge, dan heeft zij het recht de verzekering met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste 14 dagen te beëindigen.
3. Zolang een aanvaardbare risicoverzwaaring niet is gemeld of de verzekering nog niet is aangepast, vindt voor beroepsongevallen uitkering plaats in

verhouding van de oude tot de aangepaste premie, zulks eventueel met inachtneming van de aangepaste voorwaarden. Is de risicoverzwaaring voor de maatschappij echter niet aanvaardbaar, dan bestaat slechts recht op uitkering voor ongevallen buiten beroep.

Art. 8 PREMIEBETALING

De verzekeringnemer dient de premie, de kosten en de assurantiebelasting vooruit te betalen, uiterlijk op de 30e dag na het verschuldigd worden. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen deze termijn heeft betaald of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend met terugwerkende kracht tot de eerste dag van de onbetaald gebleven verzekeringsperiode. Een ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist. Een gedeeltelijke betaling wordt beschouwd als niet-betaling. De dekking wordt weer van kracht voor ongevallen die plaatsvinden na de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en aanvaard.

Art. 9 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

1. De verzekering wordt aangegaan voor de op het polisblad vermelde termijn.
2. De verzekering wordt stilzwijgend verlengd voor de op het polisblad genoemde termijn tenzij verzekeringnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van de lopende termijn schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.
3. De maatschappij heeft slechts het recht om de verzekering tussentijds te beëindigen:
 - a. indien de verzekering als gevolg van het niet betalen van premie en/of kosten is geschorst;
 - b. indien de maatschappij ingevolge de wet de nietigheid van de verzekering mag invoeren;
 - c. indien de verzekerde geen beroep meer uitoefent. De verzekeringnemer houdt alsdan het recht de verzekering van het risico van overlijden en/of blijvende invaliditeit onveranderd voort te zetten.
4. De verzekering eindigt automatisch op de premieverrekeningsdatum volgend op de dag waarop de verzekerde de leeftijd van 70 jaar bereikt of zodra de verzekerde zich buiten Nederland vestigt.

Art. 10 ALGEMENE HERZIENING VAN VERZEKERINGSVOORWAARDEN EN/OF PREMIE

De maatschappij heeft het recht tot algemene herziening van de voorwaarden en/of premie op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de herziening in kennis gesteld en wordt geacht hiernede te hebben ingestemd, tenzij hij binnen 14 dagen aan de maatschappij schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In het laatste geval eindigt de overeenkomst per de datum van herziening.

Art. 11 ADRES VAN DE VERZEKERINGNEMER

Ten aanzien van alle onderwerpen geschieden kennisgevingen door de maatschappij rechtsgeldig aan het laatst haar bekende adres van de verzekeringnemer of aan het adres van diens assurantie-adviseur. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij van iedere wijziging in zijn adres schriftelijk kennis te geven.