



Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Verzekerde(n):

de als zodanig in de polis vermelde perso(o)n(en), of degenen die als zodanig door de verzekeringnemer zijn opgegeven of als groep zijn geduid.

Blijvende invaliditeit:

het geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, orgaan of vermogen van het lichaam van verzekerde, als gevolg van het door een ongeval, in de zin van artikel 2, veroorzaakte letsel.

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid:

de gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid van verzekerde tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn beroep als gevolg van het door een ongeval, in de zin van artikel 2, veroorzaakte letsel.

Eigen risicotermijn:

de periode waarover geen recht op uitkering bestaat, die aanvangt op de dag dat verzekerde zich onder geneeskundige behandeling heeft gesteld.

Kosten van geneeskundige behandeling:

de kosten die als gevolg van het door een ongeval, in de zin van artikel 2, veroorzaakte letsel zijn gemaakt en bestaan uit:

- de honoraria van medici en paramedici die op grond van de Nederlandse wet bevoegd zijn tot het uitoefenen van de geneeskunst, waaronder tevens worden begrepen de honoraria voor door hen toegepaste alternatieve geneeswijzen;
- de kosten voor verbandmiddelen en door een arts voorgeschreven (alternatieve) medicijnen;
- behandeling en verpleging in een ziekenhuis of particuliere verpleeg-inrichting;
- ziekenvervoer;
- prothesen;
- de éénmalige aanschaf van een invalidenwagentje en een blinden-geleidehond.

Rubriek A:

uitkering bij overlijden.

Rubriek B:

uitkering bij blijvende invaliditeit.

Rubriek C:

uitkering bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

Rubriek D:

vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling.

Artikel 2 Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge, van buiten komende, onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van verzekerde waaruit, rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken een geneeskundig vast te stellen letsel is ontstaan of 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.

Onder ongeval wordt tevens verstaan:

- bevriezing, verbranding behoudens verbranding door de zon, verdrinking, verstikking, zonnesteek en bliksemnslag alsmede een andere elektrische ontlading;
- het van buitenaf ongewild binnenkrijgen van stoffen of vreemde voorwerpen waardoor acuut inwendig letsel wordt toegebracht;
- acute vergiftiging door het ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vaste of vloeibare stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van bewustzijnsverruimende middelen zoals alcohol, drugs of medicijnen of door etenswaar;

- besmetting tengevolge van een onvrijwillige val in enige vaste of vloeibare stof, danwel tengevolge van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van personen, dieren of zaken;
- wondinfectie en bloedvergiftiging als gevolg van een ongeval;
- zonnebrand, uitputting, verhongering en verdorsting als gevolg van het onvrijwillig geïsoleerd raken door schipbreuk, noodlanding, instorting, natuurramp, watersnood, insneeuwing, invriezing en aardbeving;
- verstuing, ontwrichting, verrekking en scheuring van spieren, banden en pezen als gevolg van een eigen plotselinge krachtsinspanning;
- complicaties en verergeringen als gevolg van verleende eerste hulp bij een ongeval of van (para)medische behandeling door een deskundige die op grond van de Nederlandse wet of, indien het ongeval in het buitenland is overkomen, op grond van de ter plaatse geldende regels, bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst, van door een ongeval veroorzaakt letsel;
- koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschurft, tetanus, ringworm (trichofytie) en de ziekte van Bang;
- voor de Rubrieken C en D gelden tevens als ongeval: ingewandsbreuk (hernia), spit (lumbago), peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), zweepschlag (coup de fouet), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), tennisarm en huidletsel veroorzaakt door druk of wrijving.

Artikel 3 Begunstiging

Als begunstigde(n) word(t)(en) aangemerkt:

- voor de uitkering krachtens Rubriek A: de huwelijkspartner van de verzekerde en bij ontstentenis van deze de wettelijke erfgenamen; Als huwelijkspartner wordt ook beschouwd de met de verzekerde in gezinsverband samenlevende, geen familielid zijnde, partner met wie een samenlevingscontract is gesloten.
- voor de uitkeringen krachtens de Rubrieken B, C en D: de verzekerde zelf.

Of een ander zoals door de verzekeringnemer met de maatschappij is overeengekomen. De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde worden aangemerkt.

Artikel 4 Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

Artikel 5 Uitsluitingen

Naast de in de Algemene Voorwaarden genoemde uitsluitingen is eveneens geen recht op uitkering indien een ongeval is ontstaan:

- door opzet, grove schuld of grove roekeloosheid van de verzekerde of een begunstigde;
- bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe;
- tijdens vechtpartijen of tijdens het bewust op roekeloze wijze in gevaar brengen van leven of lichaam anders dan tot rechtmatige (zelf)verdediging of tot redding van personen, dieren en zaken of ter afwending van dreigend gevaar;
- terwijl verzekerde onder invloed was van bewustzijnsverruimende middelen zoals alcohol, drugs of medicijnen;
- tijdens het besturen van een motorrijwiel of een scooter met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc. Indien de bestuurder 24 jaar of ouder is, is er wel recht op uitkering, met inachtneming van de overige artikelen, met een maximum van f 50.000,- voor Rubriek A en f 100.000,- voor Rubriek B, echter nooit meer dan de verzekerde som;
- tijdens de voorbereiding tot of deelneming aan snelheids- of behendighedsritten en -wedstrijden of andere wedstrijden met motorrijtuigen, (brom-/snor-)fietsen, motorboten en paarden, tenzij het gaat om

betrouwbaarheids-, regelmatigheids-, kaartlees-, puzzel- of oriëntatieritten die geheel of nagenoeg geheel binnen de Benelux plaatsvinden en niet langer duren dan 24 uur, evenwel met dien verstande dat deelneming aan snelheidsproeven tijdens deze ritten is uitgesloten;

- g. tijdens het verblijf in een luchtvaartuig, tenzij:
 1. als gast of als passagier, die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig, terwijl dat voor niet-militaire doeleinden wordt gebruikt;
 2. als zweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig, mits de piloot een voor die vlucht geldig vliegbrevet bezit, en mits wordt deelgenomen aan burgerluchtvaart;
- h. tijdens het beoefenen van gevaarlijke sporten zoals Freestyle-skiën, American football, rugby, worstelen, ijshockey, bobsleeën, boksen, parachutespringen, valschermschieten en zeilvliegen;
- i. tijdens gletscher- en bergtochten tenzij deze tochten plaatsvinden op gebaande wegen of paden, op gemakkelijk begaanbare terreinen of onder begeleiding van een professionele gids;
- j. tijdens het beroepsmatig werken met houtbewerkingsmachines;

Artikel 6 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 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 zou 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.

Artikel 7 Verplichtingen na een ongeval

1. In geval van overlijden van de verzekerde is de verzekeringnemer of de begunstigde, 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 zijn toestemming of medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de maatschappij nodig oordeelt ter vaststelling van de doodsoorzaak.
2. In geval van blijvende invaliditeit is verzekerde verplicht binnen 3 maanden na het ongeval bij de maatschappij aangifte te doen. Indien de aangifte later geschiedt, bestaat alleen recht op uitkering indien de belangen van de maatschappij niet zijn geschaad en kan worden aangetoond dat de invaliditeit het uitsluitende gevolg is van het ongeval. Ieder recht op uitkering is vervallen, indien de aangifte later geschiedt dan 5 jaar na het plaatsvinden van het ongeval.
3. In geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid is verzekerde verplicht, op straffe van verlies van rechten uit de verzekering binnen 72 uur na het ongeval bij de maatschappij aangifte te doen.
4. In geval van recht op uitkering wegens geneeskundige kosten is verzekerde verplicht binnen 3 maanden na het ongeval de maatschappij in te lichten.
5. De verzekerde is bovendien verplicht:
 - a. alle gegevens te vertrekken die de maatschappij voor de beoordeling van de aanspraken op uitkering verlangt;
 - b. zich onder geneeskundige behandeling te stellen indien dit redelijkerwijs noodzakelijk is en al het mogelijke te doen om een spoedig herstel te bevorderen onder meer door de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;
 - c. zich door een door de maatschappij op haar kosten toegewezen arts te laten onderzoeken;
 - d. zich zonder toestemming van de maatschappij niet naar het buitenland te begeven, indien hij lijdt aan de gevolgen van een ongeval;
 - e. de maatschappij onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijke herstel.
6. De verzekeringnemer of de begunstigde is bovendien verplicht alle inlichtingen te verschaffen die de maatschappij voor de beoordeling van de aanspraken op uitkering verlangt.

Artikel 8 Risicowijziging

1. Bij een verandering van het beroep van de verzekerde of de daaraan verbonden werkzaamheden is de verzekeringnemer en/of de verzekerde verplicht de maatschappij hiervan binnen 30 dagen in kennis te stellen.
2. Indien de verandering naar het oordeel van de maatschappij geen risicoverzwaarings betekenis heeft, blijft de dekking onverminderd van kracht. Wordt het risico voor de maatschappij verminderd, dan zal zij de premie en condities hiermee in overeenstemming brengen. Deze aanpassing gaat in met ingang van de datum waarop haar de mededeling van de verandering bereikte.
3. Indien de verandering naar het oordeel van de maatschappij een risicoverzwaarings betekenis heeft, heeft de maatschappij het recht:
 - a. de verzekering op gewijzigde premie en condities voort te zetten. Indien de verzekeringnemer hier niet mee akkoord gaat, kan hij binnen 30 dagen na ontvangst van de mededeling de verzekering schriftelijk opzeggen. De verzekering eindigt in dit geval na afloop van de 30e dag na ontvangst van de door de maatschappij gedane mededeling;
 - b. de verzekering te beëindigen zoals geregeld is in de Algemene Voorwaarden.
4. Indien geen mededeling, zoals in lid 1 is bedoeld, aan de maatschappij is gedaan, gelden de navolgende bepalingen:
 - a. is er naar het oordeel van de maatschappij geen sprake van een risicoverzwaarings, dan blijft de dekking onverminderd van kracht;
 - b. is er naar het oordeel van de maatschappij sprake van een risicoverzwaarings die geleid zou hebben tot een wijziging in de premie en condities, dan zal de uitkering plaatsvinden in verhouding van de premie voor het oude 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;
 - c. is er naar het oordeel van de maatschappij sprake van een risicoverzwaarings 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 de verzekerde buiten zijn beroep is overkomen. De verzekering eindigt in dit geval met ingang van de datum waarop de maatschappij kennis nam van de beroeps-wijziging.
5. In de gevallen dat er sprake is van beëindiging van de verzekering of verlaging van de premie overeenkomstig dit artikel heeft de verzekeringnemer recht op terugbetaling van een evenredig deel van de premie van het lopende verzekeringsjaar.

Artikel 9 Duur en einde van de verzekerings-overeenkomst

1. In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden heeft de verzekeringnemer ook het recht door middel van schriftelijke opzegging de verzekering te beëindigen:
 - a. indien de verzekerde lijdt aan een slepende ziekte of een ernstig geestelijk of lichamelijk gebrek;
 - b. indien de verzekerde de 65-jarige leeftijd heeft bereikt.
 2. In tegenstelling tot het bepaalde in de Algemene Voorwaarden kan de maatschappij deze verzekering niet beëindigen op grond van het schadeverloop.
 3. De verzekering eindigt zonder enige opzegging:
 - a. zodra de verzekerde ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben;
 - b. bij overlijden van de verzekerde;
 - c. aan het einde van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde de 70-jarige leeftijd heeft bereikt;
 - d. zodra binnen één verzekeringsjaar overeenkomstig het bepaalde in Rubriek B 100% van de verzekerde som is uitgekeerd.
- De verzekeringnemer heeft in de gevallen genoemd in lid 1 en lid 3 sub a en b, recht op terugbetaling van een evenredig deel van de premie, mits de maatschappij binnen 14 dagen van de hier genoemde omstandigheden in kennis is gesteld.



Voorwaarden rubriek A

(uitsluitend van kracht indien in de polis van toepassing verklaard)

Artikel 10 Omschrijving van de dekking

Indien verzekerde binnen drie jaar na een ongeval in de zin van artikel 2 en met inachtneming van de overige artikelen, 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 ter zake 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 begunstigten zijn aangewezen.

Voorwaarden rubriek B

(uitsluitend van kracht indien in de polis van toepassing verklaard)

Artikel 11 Omschrijving van de dekking

1. In geval van blijvende invaliditeit keert de maatschappij, met inachtneming van de overige artikelen, een percentage van de verzekerde som uit dat gelijk is aan de mate van de blijvende invaliditeit, met dien verstande dat:
 - a. bij geheel verlies of functieverlies van de navolgende lichaamsdelen, vermogens en organen deze percentages als volgt luiden:

algehele ongeneeslijke geestesstoornis	100%
algehele ongeneeslijke verlamming	100%
verlies gezichtsvermogen beide ogen	100%
verlies gezichtsvermogen één oog	35%
andere oog indien op één oog reeds is uitgekeerd	65%
verlies gehoorvermogen beide oren	100%
verlies gehoorvermogen één oor	30%
andere oor indien op één oor reeds is uitgekeerd	70%
spraak	100%
reuk en smaak	10%
arm tot in het schoudergewricht	75%
arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht	75%
hand tot in het polsgewricht of arm tussen pols- en ellebooggewricht	60%
been tot in het heupgewricht	75%
been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	75%
voet tot in het enkelgewricht of been tussen enkel- en kniegewricht	50%
duim	25%
wijsvinger	20%
middelvinger	12,5%
ringvinger	10%
pink	10%
grote teen	10%
een andere teen	5%
long	30%
nier	20%
milt	10%
 - b. bij gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies en indien sub a geen uitsluitel biedt, het percentage wordt vastgesteld overeenkomstig de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (AMA);
 - c. bij verlies van verscheidene vingers van één hand geen hogere invaliditeitsgraad kan worden vastgesteld dan de invaliditeitsgraad bij verlies van de gehele hand;

- d. ter zake van één of meer ongevallen een verzekerde overkomen in één verzekeringsjaar, voor blijvende invaliditeit nooit meer uitgekeerd kan worden dan de voor deze rubriek op het polisblad vermelde verzekerde som, tenzij er sprake is van rentevergoeding overeenkomstig het bepaalde in lid 3;
 - e. indien reeds vóór een ongeval een (functie)verlies van het betrokken lichaamsdeel, orgaan of vermogen bestond, de uitkering naar evenredigheid wordt verminderd.
2. De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op het moment dat er redelijkerwijs noch verbetering noch verslechtering zal optreden in de toestand van de verzekerde, doch uiterlijk twee jaar na het ongeval. Deze termijn kan naar keuze van de verzekerde met één jaar worden verlengd tot drie jaar, hetgeen uiterlijk 30 dagen vóór het verstrijken van die twee jaar schriftelijk aan de maatschappij meegedeeld moet worden. De mate van blijvende invaliditeit zal vastgesteld worden in Nederland, naar Nederlandse maatstaven en begrippen, door een door de maatschappij aangewezen arts. Mocht de verzekerde als gevolg van het ongeval overlijden voordat de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, dan is de maatschappij geen uitkering ter zake van deze rubriek verschuldigd. Indien de verzekerde echter later dan één jaar na het ongeval overlijdt door een andere oorzaak dan het ongeval wordt de mate van blijvende invaliditeit vastgesteld op een percentage dat zou zijn vastgesteld wanneer de verzekerde niet zou zijn overleden.
3. Indien één jaar na het ongeval de mate van blijvende invaliditeit nog niet kan worden vastgesteld, vergoedt de maatschappij de wettelijke rente zoals die geldt ten tijde van het vaststellen van de blijvende invaliditeit over het uiteindelijke wegens blijvende invaliditeit uit te keren bedrag. Deze rente wordt berekend vanaf de 366e dag na het ongeval tot de dag waarop de uitkering wegens blijvende invaliditeit geschiedt.

Voorwaarden rubriek C

(uitsluitend van kracht indien in de polis van toepassing verklaard)

Artikel 12 Omschrijving van de dekking

1. Indien de verzekerde door een ongeval geheel of gedeeltelijk ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen, keert de maatschappij, met inachtneming van de overige artikelen, zolang deze ongeschiktheid voortduurt, de voor deze rubriek verzekerde som per dag respectievelijk een evenredig deel daarvan uit.
2. Het recht op uitkering gaat in op de dag dat de verzekerde zich onder geneeskundige behandeling heeft gesteld, of, indien een eigen risicotermijn is overeengekomen, op de dag dat de eigen risicotermijn afloopt en hij tevens ongeschikt is om zijn beroep uit te oefenen.
3. De uitkering wordt per ongeval over ten hoogste twee jaar verleend, doch eindigt indien:
 - a. de geneeskundige behandeling is beëindigd;
 - b. de verzekerde zijn beroep weer kan uitoefenen;
 - c. de blijvende invaliditeit (Rubriek B) is vastgesteld;
 - d. de verzekerde overlijdt.De uitkering voor de in artikel 2 sub j genoemde ongevallen wordt voor ten hoogste 45 dagen verleend terwijl voor ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi) de vergoeding slechts éénmaal wordt verleend.
4. De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigde termijnen geschiedt na elke periode van een kalendermaand.
5. Indien de verzekerde ondanks het ongeval zijn beroep toch volledig blijft uitoefenen doch zich wegens het ongeval wel onder geneeskundige behandeling moet stellen, vergoedt de maatschappij de kosten van deze geneeskundige behandeling (zoals omschreven in artikel 1) voorzover daarin niet op ander wijze is voorzien en deze gemaakt zijn na de overeengekomen eigen risicotermijn. Deze extra vergoeding bedraagt ten hoogste de onder deze rubriek verzekerde som per dag vermenigvuldigd met het aantal dagen dat de behandeling duurt, echter niet langer dan tot 2 jaar na het ongeval.

Voorwaarden rubriek D

(uitsluitend van kracht indien in de polis van toepassing verklaard)

Artikel 13 Omschrijving van de dekking

1. In geval van geneeskundige behandeling worden, met inachtneming van de overige artikelen, de kosten hiervan vergoed voorzover:
 - a. zij door het ongeval medisch noodzakelijk zijn geworden;
 - b. zij zijn gemaakt binnen twee jaar na het ongeval;
 - c. zij niet krachtens wet of overeenkomst, al dan niet van oudere datum, voor vergoeding in aanmerking komen.
2. De vergoeding bedraagt ten hoogste de op het polisblad voor geneeskundige behandeling verzekerde som met dien verstande dat de kosten voor de éénmalige aanschaf van een invalidenwagentje of een blindengeleidehond zelfs boven de verzekerde som, tot ten hoogste f 5.000,-, worden vergoed.