



## Art. 1 BEGRIPSOMSCHRJVINGEN

### Verzekeringnemer:

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

### Verzekerden:

1. De als zodanig in de polis vermelde personen, zolang als deze in gezinsverband samenleven. De vermelde kinderen mogen uitwonend zijn wegens dienstplicht of studie. De vermelde kinderen zijn verzekerd indien zij de 21-jarige leeftijd nog niet bereikt hebben en ongehuwd zijn.
2. De verzekering is tevens van kracht voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering worden geboren, ongeacht de eventuele aangeboren afwijkingen, mits deze kinderen binnen één maand na de geboorte ter verzekering worden aangemeld.

### Maatschappij:

Eerste Algemene Verzekering Maatschappij N.V.

### 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 art. 2, veroorzaakte letsel.

### Ziekenhuis:

elke in Nederland gelegen en door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor het verplegen en behandelen van zieken.

### Kosten van geneeskundige behandeling:

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

- a. 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;
- b. de kosten voor verbandmiddelen en door een arts voorgeschreven (alternatieve) medicijnen;
- c. behandeling en verpleging in een ziekenhuis of particuliere verpleeginrichting;
- d. ziekenvervoer;
- e. prothesen;
- f. de éénmalige aanschaf van een invalidenwagentje en een blindengeleidehond.

### Rubriek A:

uitkering bij overlijden.

### Rubriek B:

uitkering bij blijvende invaliditeit.

### Rubriek C:

uitkering bij ziekenhuisopname

### Rubriek D:

vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling.

## Art. 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:

- a. bevriezing, verbranding behoudens verbranding door de zon, verdrinking, verstikking, zonnesteek en blikseminslag alsmede een andere elektrische ontlading;
- b. het van buitenaf ongewild binnenkrijgen van stoffen of vreemde voorwerpen waardoor acuut inwendig letsel wordt toegebracht;

- c. 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;
- d. 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;
- e. wondinfectie en bloedvergiftiging als gevolg van een ongeval;
- f. zonnebrand, uitputting, verhongering en verdrosting als gevolg van het onvrijwillig geïsoleerd raken door schipbreuk, noodlanding, instorting, natuurramp, watersnood, insneeuwing, invriezing en aardbeving;
- g. verstuing, ontwrichting, verrekking en scheuring van spieren, banden en pezen als gevolg van een eigen plotselinge krachtsinspanning;
- h. 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;
- i. koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschorst, tetanus, ringworm (trichofytie) en de ziekte van Bang;
- j. voor de Rubrieken C en D gelden tevens als ongeval ingewandsbreuk (hernia), spit (lumbago), peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), zweepslag (coup de fouet), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi), tennisarm en huidletsel veroorzaakt door druk of wrijving.

## Art. 3 BEGUNSTIGING

De verzekeringnemer is begunstigde voor alle uitkeringen. Indien de verzekeringnemer overlijdt is de huwelijkspartner van de verzekeringnemer de begunstigde en bij ontstentenis van deze de op deze polis verzekerde kinderen, met dien verstande dat een uitkering terzake van blijvende invaliditeit van een verzekerde kind nooit aan een ander verzekerde kind wordt uitgekeerd. Bij ontstentenis van verzekerde kinderen zijn de wettelijke erfgenamen de begunstigden. Als huwelijkspartner wordt ook beschouwd de met de verzekeringnemer in gezinsverband samenlevende, geen familielid zijnde, partner met wie een samenlevingscontract is gesloten.

## Art. 4 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

De door middel van het aanvraagformulier, het wijzigingsformulier, de door verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring of door middel van andere documenten verstrekte gegevens gelden als grondslag van de overeenkomst en worden geacht één geheel te vormen met de polis. De op het polisblad vermelde omschrijving wordt te allen tijde aangemerkt als van de verzekeringnemer afkomstig te zijn.

## Art. 5 VERZEKERINGSGBIED

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

## Art. 6 UITSLUITINGEN

1. Er is geen recht op uitkering indien een ongeval is ontstaan:
  - a. door opzet, grove schuld of grove roekeloosheid van de verzekerde of een begunstigde;
  - b. bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe;
  - c. 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;
  - d. terwijl verzekerde onder invloed was van bewustzijnsverruimende middelen zoals alcohol, drugs of medicijnen;
  - e. tijdens het besturen van een motorrijtuig 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;
- f. 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, valschermsweven 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;
  - k. uit of veroorzaakt door gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij (molest); de zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponereerd onder het nummer 136/1981;
  - l. door, danwel verband houdende met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsprodukten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling.
2. Er is geen recht op uitkering indien verzekeringnemer of verzekerde tekort is geschoten in de goede trouw bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

#### **Art. 7 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.

#### **Art. 8 VERPLICHTINGEN NA EEN ONGEVAL**

1. In geval van overlijden van een 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 verzekeringnemer of 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 verzekeringnemer of verzekerde, op straffe van verlies van rechten uit de verzekering, verplicht binnen 72 uur na het ongeval bij de maatschappij aangifte te doen.
4. In geval van recht op uitkering wegens geneeskundige kosten is verzekeringnemer of 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.

#### **Art. 9 VERVALTERMIJN**

Heeft de maatschappij ten aanzien van een vordering van een rechthebbende uit de verzekering een definitief standpunt ingenomen, hetzij door het afwijzen van de vordering, hetzij door een (aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan is na één jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de rechthebbende of zijn gemachtigde van dit standpunt kennis kreeg, ieder recht jegens de maatschappij ter zake van het ongeval waarop de vordering was gegrond vervallen.

#### **Art. 10 RISICOWIJZIGING**

1. Bij een verandering van het beroep van een 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 risicoverzaring betekent, 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 risicoverzaring betekent, 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 ten aanzien van deze verzekerde te beëindigen zoals is geregeld in art. 13 lid 3 sub c. De verzekeringnemer heeft dan het recht de verzekering geheel te beëindigen.
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 risico-verzaring, dan blijft de dekking onverminderd van kracht;
  - b. is er naar het oordeel van de maatschappij sprake van een risicoverzaring 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 risicoverzaring 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 ten aanzien van deze verzekerde met ingang van de datum waarop de maatschappij kennis nam van de beroepswijziging.
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.

#### **Art. 11 PREMIEBETALING**

De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen, uiterlijk op de 30e dag nadat deze verschuldigd worden. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen deze termijn heeft betaald of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend met terugwerkende kracht vanaf de eerste dag van de onbetaald gebleven

verzekeringperiode. Een ingebrekestelling door de maatschappij is daarvoor niet vereist. Een gedeeltelijke betaling wordt beschouwd als niet-betaling. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die plaatsvinden na de dag waarop het verschuldigde door de maatschappij is ontvangen en door haar is aanvaard.

#### Art. 12 ALGEMENE HERZIENING VAN PREMIE EN/OF VOORWAARDEN

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te herzien. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die herziening aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de aanpassing 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 de maatschappij is genoemd.

De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door verzekeringnemer geldt niet indien:

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

#### Art. 13 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

1. De verzekering wordt aangegaan voor de op het polisblad vermelde termijn. De verzekering wordt stilzwijgend verlengd met deze termijn.
2. De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer:
  - a. tegen het einde van de op het polisblad genoemde verzekerings-termijn, mits een opzeggingstermijn van 3 maanden in acht wordt genomen;
  - b. indien een verzekerde lijdt aan een slepende ziekte of een ernstig geestelijk of lichamelijk gebrek, doch uitsluitend ten aanzien van deze verzekerde;
  - c. indien een verzekerde de 65-jarige leeftijd heeft bereikt, doch uitsluitend ten aanzien van deze verzekerde;
  - d. indien de verzekeringnemer weigert de wijziging van premie en/of voorwaarden te accepteren, die de maatschappij op grond van het gestelde in art. 12 kan verlangen en wel per de in de mededeling door de maatschappij genoemde datum.
3. De verzekering eindigt door schriftelijke opzegging door de maatschappij:
  - a. indien de verzekeringnemer 3 maanden na de premievervaldag de premie en de kosten nog niet heeft betaald;
  - b. indien een verzekerde, de verzekeringnemer of een begunstigde naar aanleiding van een ongeval een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
  - c. binnen 30 dagen na melding van een risicowijziging die voor de maatschappij niet aanvaardbaar is.  
De verzekering eindigt in deze gevallen op de datum die in de opzeggingsbrief wordt genoemd. De maatschappij zal een opzeggingstermijn in acht nemen van tenminste 14 dagen.
4. De verzekering eindigt zonder enige opzegging:
  - a. zodra een verzekerde ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben, doch uitsluitend ten aanzien van deze verzekerde;
  - b. bij overlijden van een verzekerde, doch uitsluitend ten aanzien van deze verzekerde;
  - c. aan het einde van het verzekeringsjaar waarin een verzekerde de 70-jarige leeftijd heeft bereikt, doch uitsluitend ten aanzien van deze verzekerde;
  - d. zodra binnen één verzekeringsjaar overeenkomstig het bepaalde in Rubriek B 100% van de verzekerde som is uitgekeerd, doch uitsluitend ten aanzien van de desbetreffende verzekerde.

De verzekeringnemer heeft in de gevallen genoemd in lid 2 sub b, c en d, lid 3 sub c en lid 4 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.

#### Art. 14 ADRES

Kennisgeving door de maatschappij aan de verzekeringnemer geschiedt

aan diens laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de assureur, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij van iedere wijziging in zijn adres schriftelijk kennis te geven.

#### Art. 15 PRIVACY-REGLEMENT

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.

#### VOORWAARDEN RUBRIEK A

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

#### Art. 16 OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING

1. Indien verzekerde binnen drie jaar na een ongeval in de zin van art. 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 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 begunstigten zijn aangewezen.
2. Indien de ouders/verzorgers op deze polis zijn verzekerd en zij tengevolge van één en hetzelfde ongeval binnen 3 maanden overlijden, worden de verzekerde sommen voor overlijden verdubbeld, mits zij tenminste één op deze polis verzekerd kind achterlaten.

#### VOORWAARDEN RUBRIEK B

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

#### Art. 17 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 overeen-

komstig de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A.);

- 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)

### Art. 18 OMSCHRIJVING VAN DE DEKKING

1. Indien de voor deze rubriek op het polisblad aangegeven verzekerde als gevolg van een ongeval, in de zin van art. 2, in een in Nederland gelegen ziekenhuis wordt verpleegd voor tenminste 3 achtereenvolgende dagen, wordt, met inachtneming van de overige artikelen, de op het polisblad vermelde verzekerde som per dag uitgekeerd vanaf de eerste dag van de opname tot en met de dag van ontslag uit het ziekenhuis, echter tot een maximum van 365 dagen.
2. De dekking strekt zich uit over een periode van 2 jaar na de datum van het ongeval.
3. Indien bij een ziekenhuisopname uitkering wordt verleend over een periode van meer dan 60 achtereenvolgende dagen, wordt bij ontslag uit het ziekenhuis een extra uitkering verleend van 75 maal de per dag verzekerde som. Deze extra uitkering vindt maximaal 2 maal plaats per één en hetzelfde ongeval.
4. De uitkering voor de in art. 2 sub j genoemde ongevallen wordt voor ten hoogste 30 dagen verleend terwijl voor ingewandsbreuk (hernia) en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi) de vergoeding slechts éénmaal wordt verleend.
5. Indien een ongeval zich tijdens vakantie buiten Nederland heeft voorgedaan, bestaan bovengenoemde aanspraken eveneens, mits de opname plaatsvindt in een ter plaatse erkend Algemeen Ziekenhuis.
6. De uitbetaling van het volgens deze rubriek verschuldigde geschiedt zo spoedig mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis, ná overlegging van een verklaring van het ziekenhuis, waaruit de duur van de opname blijkt. In het geval dat de opname langer duurt dan 30 dagen, kunnen op verzoek maandelijks voorschotten worden verleend.

## VOORWAARDEN RUBRIEK D

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

### Art. 19 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 2 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.