

Lichamelijke ongevallen

Algemene voorwaarden

INHOUDSTAFEL

FORMULES EN WAARBORGEN

1. Wat is het voorwerp van het contract ?	3
2. Welke formules bestaan er ?	4
2.1. Formule Gezin	4
2.2. Formule Verkeer	4
2.3. Formule Verenigingen en tijdelijke activiteiten	5
3. Wat omvat de waarborg ?	6
3.1. Waarborg overlijden	6
3.2. Waarborg blijvende invaliditeit	6
3.3. Waarborg tijdelijke arbeidsongeschiktheid	6
3.4. Waarborg kosten tengevolge van het ongeval	7
3.5. Verzekerde bedragen en leeftijdsgrens	8
4. Wat zijn de beperkingen van de uitkeringen ?	9
5. Welke zijn de mogelijke uitbreidingen aan de waarborg ?	9
5.1. Sporten	9
5.2. Gevaarlijke beroepsactiviteiten	9
5.3. Motorfietsen	10
6. Wat is niet in de waarborg begrepen ?	10
7. Waar geldt de verzekering ?	11

SCHADE

8. Hoe gebeurt de aangifte ?	12
9. Hoe verloopt de medische opvolging ?	12
10. Wat bij betwistingen ?	12

ALGEMENE BEPALINGEN

11. Wanneer begint de verzekering en hoe verloopt de premiebetaling ?	13
12. Is wijziging van de voorwaarden mogelijk ?	13
13. Wat bij wijziging van het risico ?	13
14. Wanneer eindigt deze verzekering ?	14
15. Waarom zijn de verklaringen zo belangrijk ?	14
16. Wat met belastingen en kosten ?	15
17. Zijn er nog andere soortgelijke verzekeringen of tussenkomsten ?	15
18. Wanneer treedt verval van rechten op ?	15
19. Is er mogelijkheid tot verhaal in de waarborg 'Kosten tengevolge van het ongeval'?	16
20. Hoe verloopt de correspondentie ?	16

VERKLARENDE WOORDENLIJST

17

FORMULES EN WAARBORGEN

1. Wat is het voorwerp van het *contract* ?

Het *contract* waarborgt de uitkering van de verzekerde bedragen volgens de hierna beschreven regels in geval van een lichamelijk ongeval.

Als ongeval wordt uitsluitend aanzien iedere plotselinge en abnormale gebeurtenis die een lichamelijk letsel bij de *verzekerde* tot rechtstreeks gevolg heeft en in zover de oorzaak of één van de oorzaken van dit letsel buiten het lichaam van de *verzekerde* ligt.

De ongevallen worden daarnaast nog onderverdeeld in:

a) Ongevallen van het beroepsleven:

Dit zijn ongevallen die de *verzekerde* overkomen terwijl hij een beroepsactiviteit uitoefent. Indien de *verzekerde* een loon- of weddetrekkende is of een ambtenaar, worden de ongevallen die hem overkomen op weg van en naar het werk en waarvoor hij een vergoeding kan vragen krachtens de arbeidsongevallenwetgeving, eveneens aanzien als een ongeval van het beroepsleven.

b) Ongevallen van het privé - leven:

Dit zijn de ongevallen die geen ongeval van het beroepsleven zijn.

Bij uitbreiding worden volgende letsels eveneens aanzien als een ongeval:

a) letsels die hun oorzaak vinden in een *ziekte*, en die hierna beperkend worden opgesomd:

- tetanus en hondsdolheid;
- het van buitenaf ongewild en plotseling binnendringen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen van stoffen met uitzondering van ziektekiemen en allergenen, waardoor onmiddellijk en plotseling inwendig letsel wordt toegebracht of ontstaat;
- acute vergiftiging door het toevallig binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen voor zover het niet gaat om genot- of geneesmiddelen, ziektekiemen of allergenen;
- besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen ten gevolge van een onvrijwillige val in een met ziektekiemen besmette vloeistof of vaste stof;
- wondinfectie of bloedvergiftiging als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een gewaarborgd ongeval met uitzondering van AIDS, HIV – seropositiviteit en ARC stadium behalve wanneer deze het gevolg zijn van een bloedtransfusie of van een *prikaccident* die plaats hebben gehad in een Europees ziekenhuis en uitgevoerd werden door personeel behorende tot één van die ziekenhuizen.

b) letsels veroorzaakt door bliksem en de verzwaring van de letsels van een gewaarborgd ongeval door de invloed van het klimaat;

c) *repetitieve micro – traumata:*

De *maatschappij* zal de vergoedingen tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende een termijn van ten hoogste zestig dagen uitkeren, verminderd met de *eigen – risicotermijn*. Die *eigen-risicotermijn* begint te lopen de eerste dag na het ontstaan doch niet eerder dan de dag waarop door een arts de diagnose werd gesteld en de behandeling werd gestart. De tussenkomst voor een dergelijke aandoening zal, in de loop van het *contract*, slechts éénmaal verleend worden per *verzekerde*.

2. Welke formules bestaan er ?

De *maatschappij* verbindt er zich toe de verzekerde bedragen uit te keren aan de *begunstigde* indien de *verzekerde* getroffen wordt door een gewaarborgd ongeval dat zich voordoet op een ogenblik dat het *contract* in voege is en in omstandigheden volgens de formule vermeld in de bijzondere voorwaarden.

2.1. Formule Gezin

De *maatschappij* waarborgt de uitkering van de overeengekomen vergoedingen, indien één van de *verzekerden* het slachtoffer wordt van een ongeval van het privé-leven.

Worden in deze formule aanzien als *verzekerden* :

- de *verzekeringsnemer*
- alle personen die met de *verzekeringsnemer* in gezinsverband samenleven in zijn woonplaats. *Kinderen* van de *verzekeringsnemer* die uitsluitend om studieredenen tijdelijk niet meer bij de *verzekeringsnemer* wonen, behouden hun hoedanigheid van *verzekerde*.
- Personen die uitdrukkelijk als *verzekerde* worden aangeduid.

Voor de gezinsleden die in de bijzondere voorwaarden worden aangeduid als verzekerde – zelfstandige zal de *maatschappij* ook tussenkomen indien zij het slachtoffer worden van een ongeval van het beroepsleven.

2.2. Formule Verkeer

De *maatschappij* waarborgt de uitkering van de overeengekomen vergoedingen bij een ongeval dat in en door het verkeer is overkomen aan de *verzekerden* als bestuurder of passagier, van het in de bijzondere voorwaarden omschreven vervoermiddel, of wanneer zij:

- er in, op- of uit / afstappen;
- er reisgoed in- of uitladen;
- onderweg aan de *personenwagen* kleine herstellingswerken uitvoeren;
- onderweg deelnemen aan de redding van personen of goederen, die ingevolge een verkeersongeval in gevaar verkeren.

Afhankelijk van de gekozen optie, worden aanzien als *verzekerde*:

Optie Inzittenden

Iedere persoon, als bestuurder of passagier van de in de bijzondere voorwaarden met rijksplaat aangeduide *personenwagen*.

Optie Personenwagens

- Iedere persoon, als bestuurder of passagier van de in de bijzondere voorwaarden met rijksplaat aangeduide *personenwagen*
- De *verzekeringsnemer* en alle personen die met de *verzekeringsnemer* in gezinsverband samenleven in zijn woonplaats, als bestuurder of passagier van eender welke *personenwagen*.

Kinderen van de *verzekeringsnemer* die uitsluitend om studieredenen tijdelijk niet meer bij de *verzekeringsnemer* verblijven, behouden hun hoedanigheid van *verzekerde*.

Optie Alle verkeerssituaties

- Iedere persoon, als bestuurder of passagier van de in de bijzondere voorwaarden met rijksplaat aangeduide *personenwagen*
- De *verzekeringnemer* en alle personen die met de *verzekeringnemer* in gezinsverband samenleven in zijn woonplaats, als
 - bestuurder of passagier van eender welke *personenwagen*;
 - passagier van eender welk voertuig te land met minimum vier wielen, met of zonder motor, dat ontworpen is en op dat ogenblik gebruikt wordt voor het vervoer van personen;
 - passagier van ieder vervoermiddel in de lucht of te water;
 - voetganger wanneer zij zich op de openbare weg bevinden of op een plaats die toegankelijk is voor het publiek. In dat geval moet een derde bij het verzekerde ongeval betrokken zijn en moet het ongeval bewezen worden hetzij met een Proces – Verbaal dat onmiddellijk na de feiten werd opgesteld of aan de hand van getuigenverklaringen.
 - bestuurder of passagier van een fiets of bromfiets.

Kinderen van de verzekeringnemer die uitsluitend om studieredenen tijdelijk niet meer bij de verzekeringnemer verblijven, behouden hun hoedanigheid van verzekerde.

2.3. Formule Verenigingen en Tijdelijke activiteiten

De *maatschappij* waarborgt de uitkering van de overeengekomen vergoedingen, indien de *verzekerde* het slachtoffer wordt van een ongeval dat zich voordoet :

- a) wanneer het gaat om een contract afgesloten voor een tijdelijke activiteit : terwijl de *verzekerde* deelneemt aan de verzekerde activiteiten.
- b) wanneer het gaat om een contract afgesloten voor een vereniging : terwijl de *verzekerde* deelneemt aan activiteiten van de vereniging.

Worden voor deze Formule aanzien als verzekerde:

- de *verzekeringnemer*
- personen die uitdrukkelijk als *verzekerde* worden omschreven.

3. Wat omvat de waarborg ?

De *maatschappij* verbindt er zich toe in geval van een gewaarborgd ongeval de bedragen vermeld in de bijzondere voorwaarden uit te keren aan de *begunstigde*.

3.1. Waarborg overlijden

Voor zover het overlijden van de *verzekerde* het rechtstreeks gevolg is van het ongeval en zich voordoet binnen de drie jaar na de dag van het ongeval, betaalt de *maatschappij* het verzekerd kapitaal aan de in de bijzondere voorwaarden aangeduide *begunstigde(n)*.

De tussenkomst van de *maatschappij* wordt forfaitair bepaald op 6.200 EUR(250.107 BEF), indien de overledene jonger dan 16 jaar is. Indien het verzekerd kapitaal voorzien in de bijzondere voorwaarden lager is, wordt dit laatste bedrag uitgekeerd.

3.2. Waarborg blijvende invaliditeit

De blijvende invaliditeit wordt vastgesteld na de *consolidatie* van de letsels en ten laatste drie jaar na het ongeval. De blijvende invaliditeit wordt uitsluitend op basis van de *fysiologische invaliditeit* vastgesteld. Het verzekerde kapitaal zal dan aan de *begunstigde* worden uitbetaald in evenredigheid met het percentage van de blijvende *fysiologische invaliditeit*.

Indien één jaar na het ongeval een blijvende invaliditeit wordt voorzien die op dat ogenblik nog niet definitief kan bepaald worden, zal een voorschot worden uitbetaald. Dit voorschot bedraagt de helft van het kapitaal overeenstemmend met de voorziene graad van blijvende invaliditeit, met als maximum het kapitaal voorzien bij de waarborg overlijden.

Indien de bijzondere voorwaarden voorzien in een *vrijstelling* voor blijvende invaliditeit, zal de *maatschappij* de vergoeding voor blijvende invaliditeit uitkeren van zodra de werkelijke invaliditeit de *vrijstelling* overschrijdt.

De *verzekerde* kan kiezen voor een uitkering met progressieve verhoging. De vergoeding bij blijvende invaliditeit wordt dan berekend als volgt:

- voor het gedeelte van de invaliditeitsgraad tot en met 25 %: op basis van het verzekerde kapitaal;
- voor het gedeelte van de invaliditeitsgraad boven 25 % tot en met 50 %: op basis van het tweevoud van het verzekerde kapitaal;
- voor het gedeelte van de invaliditeitsgraad boven 50 %: op basis van het drievoud van het verzekerde kapitaal.

3.3. Waarborg tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Er is tijdelijke arbeidsongeschiktheid zodra de *verzekerde* in de tijdelijke onmogelijkheid verkeert het in het contract omschreven beroep en / of activiteiten uit te oefenen.

De vergoeding wordt uitgekeerd in verhouding tot de hoogste invaliditeitsgraad: hetzij van de *fysiologische*, hetzij van de *economische invaliditeit*. De *verzekerde* die geen beroepsactiviteit uitoefent die recht geeft op een loon, bezoldiging, baten of winsten, heeft recht op de dagelijkse vergoeding, waarbij enkel de *fysiologische invaliditeit* als basis voor de berekening dient.

Voor het bepalen van de *economische invaliditeit* wordt er voor de *verzekerden* die wel een winstgevend beroep uitoefenen maar waarvan het beroep niet is vermeld in de bijzondere voorwaarden van uit gegaan dat zij een beroep met uitsluitend intellectueel werk uitoefenen.

Enkel indien ofwel de *fysiologische* ofwel de *economische* invaliditeit 25 % of meer bedraagt, wordt de vergoeding uitgekeerd. Een invaliditeit van 67 % of meer wordt gelijkgesteld met een invaliditeit van 100 %.

De *maatschappij* betaalt het geheel of een deel van de verzekerde dagelijkse vergoeding volgens de graad van de ongeschiktheid vanaf de dag vermeld in de bijzondere voorwaarden, tot op de dag van de *consolidatie* van de letsels met een maximum duur van ten hoogste drie jaar na het ongeval.

De personen die de leeftijd van 18 jaar nog niet bereikt hebben, kunnen geen aanspraak maken op een vergoeding wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

3.4. Waarborg Kosten tengevolge van het Ongeval

Voor zover de kosten het rechtstreeks gevolg zijn van een gewaarborgd ongeval en tot ten hoogste drie jaar na het ongeval, betaalt de *maatschappij* onderstaande kosten aan de *verzekerde* terug. Het maximumbedrag voorzien in de bijzondere voorwaarden geldt voor de hierna opgesomde rubrieken samen.

Ambulante medische kosten

Dit zijn de kosten van de medische behandelingen die werden toegediend zonder dat er een *hospitalisatie* is. De eerste *prothese* en/of *orthese* tengevolge van het ongeval, evenals herstellings- en onderhoudskosten, worden eveneens vergoed. Indien voor de gemaakte kosten geen tussenkomst van het RIZIV is voorzien, worden de kosten ten belope van 50 % terugbetaald.

Hospitalisatiekosten

De *maatschappij* vergoedt de eventuele verblijfskosten van het slachtoffer en de kosten van *medische behandeling in ziekenhuizen*. De eerste *prothese* en/of *orthese* tengevolge van het ongeval, evenals herstellings- en onderhoudskosten, worden eveneens vergoed.

Vervoerskosten

De *maatschappij* vergoedt de vervoerskosten van de plaats van het ongeval naar het dichtstbijgelegen *ziekenhuis* of dokterskabinet ten belope van maximum 10 % van het verzekerd bedrag.

Kosten van tandheelkundige behandeling en eerste tandprothesen

Voor dergelijke kosten is de maximum tussenkomst 1.250 EUR met een maximum van 375 EUR per tand.

Kosten van correctieve plastische chirurgie

De *maatschappij* neemt de kosten ten laste voor correctieve plastische chirurgie binnen de grenzen van het verzekerd bedrag.

Kosten van opsporing van het slachtoffer

De *maatschappij* neemt deze kosten ten laste ten belope van maximum 50 % van het verzekerde bedrag.

Kosten van vervoer en repatriëring van het stoffelijk overschot

De *maatschappij* neemt deze kosten ten laste ten belope van maximum 50 % van het verzekerde bedrag.

Algemene regels in verband met de kosten tengevolge van het ongeval:

De tussenkomsten voor kosten zijn van aanvullende aard en zijn dus pas verschuldigd na uitputting van de *wettelijke vergoeding* voor de verzekerde prestatie.

Ontvangt de *verzekerde* om welke reden dan ook de *wettelijke vergoeding* niet of heeft hij er geen recht op, dan houdt de *maatschappij* rekening met een fictieve tegemoetkoming, ten bedrage van deze *wettelijke vergoeding*.

In geval van samenloop tussen de dekkingen van de waarborg 'kosten tengevolge van het ongeval' en de vrije en aanvullende hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds, komt de *maatschappij* pas tussen nadat de waarborgen die de *verzekerde* heeft bij het ziekenfonds zijn uitgeput.

De *maatschappij* zal haar tussenkomst uitbetalen na ontvangst van de originele rekeningen en bewijsstukken met uitvoerige opgave van toegediende verzorging, afgeleverde geneesmiddelen of gemaakte kosten.

Per schadegeval geldt een *vrijstelling* van 37 EUR per *verzekerde*.

3.5. Verzekerde bedragen en leeftijdsgrens

De verzekerde bedragen gelden per *verzekerde*, zelfs indien bij eenzelfde ongeval meer *verzekerden* gewond werden.

De verzekerde bedragen worden uitgekeerd aan *verzekerden* die op het ogenblik van het schadegeval nog geen 75 jaar geworden zijn.

4. Wat zijn de beperkingen van de uitkeringen ?

- a) Indien door een ongeval een blijvende invaliditeit veroorzaakt wordt aan een lichaamsdeel of – functie, waaraan vóór het ongeval reeds een invaliditeit aanwezig was, dan zal een percentage berekend worden gelijk aan het verschil tussen de percentages van blijvende invaliditeit na en vóór het ongeval.
- b) De graad van de blijvende invaliditeit en/of tijdelijke arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de door het ongeval opgelopen letsels, kan niet worden verhoogd wegens letsels of toestanden die niet het gevolg zijn van het gewaarborgd ongeval.
- c) Indien de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand, door lichamelijke of geestelijke afwijkingen of door een andere handicap, dan wordt niet meer uitgekeerd dan datgene wat zou zijn uitgekeerd indien de *verzekerde* vóór het ongeval volledig gezond zou zijn geweest.
- d) Wanneer de duurtijd of de graad van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid of de graad van de blijvende invaliditeit kan worden verminderd door een heelkundige ingreep, een speciale behandeling of het dragen van een *protheseapparaat* en *verzekerde* weigert zich hieraan te onderwerpen, is de *maatschappij* slechts gehouden de gevolgen te vergoeden die het ongeval zou hebben gehad indien *verzekerde* zich daaraan wel had onderworpen.
- e) De vergoedingen verzekerd voor overlijden en blijvende invaliditeit kunnen nooit worden samengevoegd tengevolge van eenzelfde ongeval.
Nochtans zal, indien de *verzekerde* aan de gevolgen van het ongeval overlijdt na de definitieve regeling van de blijvende invaliditeit en ten laatste binnen de drie jaar na het ongeval, het verzekerd bedrag voorzien bij overlijden worden uitgekeerd verminderd met de vergoedingen uitgekeerd voor de blijvende invaliditeit. De *maatschappij* verbindt er zich toe geen enkele terugbetaling te vorderen indien de uitbetaalde vergoeding voor blijvende invaliditeit hoger is dan het bedrag verzekerd in geval van overlijden.

5. Welke zijn de mogelijke uitbreidingen aan de waarborg ?

5.1. Sporten

Enkel als het uitdrukkelijk bedongen is in de bijzondere voorwaarden, waarborgt de verzekering eveneens de ongevallen die zich voordoen tijdens :

- a) de bezoldigde beoefening van om het even welke sporttak, met inbegrip van de voorbereidende oefeningen hierop;
- b) de beoefening van alle gevechtssporten en van andere gevaarlijke sporten zoals: sport – of zweefvliegen, deltaplane, sprongen vanaf grote hoogten, alpinisme, bobslee, skeleton, skispringen, skiën in competitie, hindernisspringen te paard, paardenkoersen, polo, speleologie, onderzeese verkenningstochten, diepzeeduiken, rafting, rugby en verder elke wedstrijd met vaartuigen, fietsen, bromfietsen, moto's, auto's of welk ander voertuig ook dat bij wedstrijden gelijkaardige risico's oplevert.

5.2. Gevaarlijke beroepsactiviteiten

Enkel als het uitdrukkelijk bedongen is in de bijzondere voorwaarden, waarborgt de verzekering eveneens de ongevallen die zich voordoen tijdens kennelijk gevaarlijke beroepsactiviteiten zoals onder meer werken op grote hoogten (meer dan 4 meter), bouw-of afbraakwerken, afdalen in mijnen of groeven, alle werkzaamheden te water of onder water, het gebruik of behandelen van bijtende producten, het gebruik van X-stralen of radio-isotopen en het snoeien of vellen van hoogstammige bomen.

5.3. Motorfietsen

Als het uitdrukkelijk bedongen is in de bijzondere voorwaarden, waarborgt de verzekering de ongevallen die zich voordoen met een moto.

Indien het ongeval plaats had met een moto met een cilinderinhoud van minder dan 240 cc, en de *verzekerde* minstens 30 jaar was op dat ogenblik, is de dekking verworven zonder dat dit vermeld dient te worden in de bijzondere voorwaarden.

In de andere gevallen wordt de tussenkomst van de *maatschappij* beperkt tot 25% van de normale tussenkomst.

6. Wat is niet in de waarborg begrepen ?

Zijn uit de waarborg gesloten de ongevallen

- a) veroorzaakt, bevordert of verergerd door opzet of door handelingen, gesteld met goedvinden van de *verzekerde*, de *verzekeringnemer*, een der *begunstigden* of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering en welke handelingen precies het veroorzaken van de letsels en hun gevolgen beoogden;
- b) veroorzaakt terwijl de *verzekerde* onder de invloed is van alcoholische en verdovende middelen of van geneesmiddelen, tenzij de *verzekerde* kan bewijzen dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen zijn toestand en het ongeval;
- c) veroorzaakt door deelname aan misdrijven, wantoestanden of vechtpartijen al dan niet het gevolg zijnde van provocerend gedrag of twist, met uitzondering van de gevallen van wettige zelfverdediging, door kennelijk roekeloze daden behalve bij redding van personen of goederen;
- d) veroorzaakt door behandelingen of bewerkingen, die de *verzekerde* op zichzelf zou toepassen, behalve de normale daden van persoonlijke verzorging;
- e) veroorzaakt door uitwerking van de wijziging der atoomstructuur van de stof, kunstmatige versnelling der atoomdeeltjes en uitstralingen van radio-isotopen;
- f) veroorzaakt of mogelijk geworden door *ziekte*, ziekelijke toestand of gebrekkigheid of door een andere abnormale lichaams - of geestesgesteldheid van de *verzekerde*;
- g) overkomen aan de *verzekerde* tijdens de deelname aan krijgsoefeningen, operaties of oefeningen te velde, militaire plechtigheden of karweien en tijdens het behandelen en gebruik van wapens;
- h) veroorzaakt of mogelijk geworden door oorlog of door een daarmee in feite overeenstemmende toestand, door burgerlijke onlusten of oproer.

Complicaties, verergeringen en de gevolgen van beroepsfouten bij een *medische behandeling* die geen verband houdt met een binnen het contract gewaarborgd ongeval, worden uitgesloten.

De verzekering dekt niet de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van een daad van terrorisme. Onder terrorisme wordt verstaan een klandestien georganiseerde handeling of een reeks van handelingen, in tijd en oogmerk met elkaar samenhangend en individueel of in groep uitgevoerd vanuit ideologische, religieuze, politieke, economische of sociale bedoelingen. Deze handelingen beogen het aantasten van de fysieke integriteit van personen of het beschadigen van goederen met het oogmerk indruk te maken op het publiek of een overheid en een klimaat van onveiligheid te scheppen.

7. Waar geldt de verzekering ?

De verzekering geldt over de hele wereld, voor zover de *verzekerde* zijn woonplaats en zijn hoofdverblijfplaats in België heeft. De graad van tijdelijke arbeidsongeschiktheid en blijvende invaliditeit tengevolge van een gewaarborgd ongeval zal uitsluitend in België vastgesteld kunnen worden

SCHADE

8. Hoe gebeurt de aangifte ?

Elk ongeval moet aan de *maatschappij* worden aangegeven met de formulieren die door haar ter beschikking gesteld worden en dit binnen een termijn van 8 dagen. De aangifte zal nog worden aanvaard indien zij om een geldige reden later wordt gedaan, maar dit op zijn laatst één jaar na het ongeval.

Het ongeval met dodelijke afloop moet binnen de vierentwintig uur aan de *maatschappij* gemeld worden.

Bij dodelijk ongeval mag de *maatschappij* op haar kosten een lijkschouwing doen uitvoeren. De *begunstigde* is op straf van verval van het recht op een uitkering verplicht om dit terstond en onvoorwaardelijk toe te staan. Indien hiertoe de toelating wordt geweigerd door gelijk wie, heeft de *maatschappij* het recht het verzekerde kapitaal niet uit te betalen.

9. Hoe verloopt de medische opvolging ?

De *verzekerde* zal onmiddellijk alle maatregelen treffen om de genezing te bespoedigen. Hij zal zijn behandelende arts, telkens als dit nodig is, erom verzoeken de geneeskundige verklaringen af te leveren nodig voor de uitvoering van dit *contract*. Bovendien heeft de *maatschappij* het recht om bijkomende inlichtingen te vragen en over te gaan tot de controlemaatregelen die zij nodig acht. Op verzoek van de raadsgeneesheer van de *maatschappij* zal de *verzekerde* zich aan een controle-onderzoek onderwerpen, zelfs indien hij daartoe in een door de *maatschappij* aangewezen instelling dient te worden opgenomen. De kosten van dit onderzoek zijn ten laste van de *maatschappij*.

De *maatschappij* dient zo spoedig mogelijk in kennis te worden gesteld van iedere wijziging in de gezondheidstoestand van de *verzekerde*.

10. Wat bij betwistingen

Betwistingen over medische aangelegenheden worden beslecht in een minnelijke medische expertise, waarbij beide partijen elk een eigen geneesheer aanstellen.

Een derde geneesheer, aangesteld door beide geneesheren, zal slechts tussenkomen indien er geen akkoord is tussen eerstgenoemden.

Iedere partij zal de honoraria en onkostenstaat regelen van de door haar aangestelde geneesheer. Het honorarium en de kosten van de derde geneesheer en van de gespecialiseerde onderzoeken zullen door beide partijen, elk voor de helft, worden gedragen.

Op straf van nietigheid van hun beslissing mogen de geneesheren niet afwijken van de bepalingen van het *contract* en zijn bijvoegsels. Hun beslissing is definitief en bindend voor beide partijen.

ALGEMENE BEPALINGEN

11. Wanneer begint de verzekering en hoe verloopt de premiebetaling ?

De verzekering begint op de datum vermeld in de bijzondere voorwaarden maar niet vóór de dag van betaling van de eerste premie of het premiedeel overeenstemmend met de betalingsmodaliteiten. De premie kan slechts voldaan worden tegen een kwijtschrift van de *maatschappij*.

Bij niet-betaling van de premie op de vervaldag kan de *maatschappij* de waarborg van het *contract* schorsen of het *contract* opzeggen, indien de *verzekeringnemer* in gebreke gesteld is bij een ter post aangetekende brief.

De schorsing van de waarborg of de opzegging gaat in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte ter post van de aangetekende brief. Er wordt geen vergoeding uitgekeerd voor ongevallen die gebeurd zijn tijdens de periode van schorsing. Elke betaling door de *maatschappij* gedaan wegens een schadegeval in tussentijd, kan op de *verzekeringnemer* worden verhaald.

De schorsing neemt een einde na de betaling door de *verzekeringnemer* van alle achterstallige premies, in voorkomend geval vermeerderd met de intresten, zoals bepaald in de laatste aanmaning of gerechtelijke uitspraak.

De schorsing van de waarborg doet geen afbreuk aan het recht van de *maatschappij* de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de *verzekeringnemer* in gebreke gesteld werd overeenkomstig het tweede lid. Het recht van de *maatschappij* wordt evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

12. Is wijziging van de voorwaarden mogelijk ?

Indien de *maatschappij* de verzekeringsvoorwaarden en haar tarief of enkel haar tarief wijzigt, past zij dit *contract* aan op de volgende jaarlijkse vervaldag. Zij stelt de *verzekeringnemer* van deze aanpassing in kennis minstens 3 maanden vóór die vervaldag.

De *verzekeringnemer* mag evenwel het *contract* opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Door deze opzegging eindigt het *contract* op de volgende jaarlijkse vervaldag.

13. Wat bij wijziging van het risico ?

Bij wijziging van het beroep van de *verzekerde* of de daaraan verbonden bezigheden, dient de *maatschappij* zo spoedig mogelijk verwittigd te worden.

- Indien het nieuwe beroep of de nieuwe beroepsbezigheden een lagere premie vergen dan de oorspronkelijke, dan wordt deze lagere premie van kracht vanaf de ontvangst door de *maatschappij* van deze mededeling.

Zo de contractanten het over de nieuwe premie niet eens worden binnen 30 dagen na de aanvraag tot vermindering door de *verzekeringnemer*, kan deze laatste het *contract* opzeggen.

- Indien het nieuwe beroep of de nieuwe beroepsbezigheden een hogere premie vergen, heeft de *verzekeringnemer* de keuze om, met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring
 - ofwel de verzekerde waarborgen te behouden en de hogere premie te betalen,
 - ofwel de premie ongewijzigd te behouden en de verzekerde waarborgen te verminderen overeenkomstig het tarief van het nieuwe beroep of de nieuwe beroepsbezigheden.

De schadegevallen ontstaan vóór dat de *verzekeringnemer* zijn toestemming aangaande deze premieverhoging heeft gegeven, zullen worden geregeld op basis van de bedragen die verzekerd zouden zijn geweest voor de werkelijk betaalde premie, gelet op het nieuwe beroep of de nieuwe beroepsbezigheden.

Indien de *maatschappij* van oordeel is dat zij de verzekering niet kan voortzetten, gezien de risico's die het nieuwe beroep of de nieuwe beroepsbezigheden meebrengen, kan zij het *contract* opzeggen binnen de termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de dag waarop zij van de beroepswijziging kennis heeft gekregen.

Indien de *verzekerde* overgaat naar een ander stelsel van de sociale wetgeving, dient de *maatschappij* hiervan onmiddellijk verwittigd te worden, zodat de waarborgen eventueel aangepast kunnen worden.

Indien, bij de formule Verkeer, de in de bijzondere voorwaarden met rijksplaat aangeduide *personenwagen* een nieuwe rijksplaat krijgt, dient de *maatschappij* hiervan verwittigd te worden.

14. Wanneer eindigt deze verzekering ?

Het *contract* wordt afgesloten voor de duur van één jaar. Iedere partij kan dit *contract* jaarlijks opzeggen met een aangetekende brief uiterlijk drie maanden voor de hoofdvervaldag. Behoudens opzeg wordt het *contract* op het einde van ieder *verzekeringjaar* stilzwijgend voor één jaar vernieuwd.

Tenzij anders overeengekomen :

- is de waarborg van rechtswege geschorst voor een *verzekerde* die meer dan drie opeenvolgende maanden zijn woonplaats of zijn hoofdverblijfplaats buiten België heeft;
- eindigt de waarborg bij het overlijden van de *verzekeringnemer*. De dekking voor alle andere *verzekerden* mag verdergezet worden.
- neemt de waarborg een einde voor de *kinderen* die de leeftijd van 18 jaar bereiken hebben tenzij ze zich vanaf die leeftijd verzekeren aan het tarief voor volwassenen.

15. Waarom zijn de verklaringen zo belangrijk ?

De *verzekeringnemer* en de *verzekerde* zijn verplicht alle hen bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn bij de beoordeling van het risico door de *maatschappij*. Indien op sommige vragen van de *maatschappij* niet wordt geantwoord en de *maatschappij* toch het *contract* heeft afgesloten, kan zij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op verzuim beroepen.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de *maatschappij* misleidt bij de beoordeling van het risico, is het *contract* nietig. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de *maatschappij* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

Wanneer het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, stelt de *maatschappij* voor, binnen de termijn van één maand, te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen, het *contract* te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens.

Indien het voorstel tot wijziging van het *contract* door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* wordt geweigerd of indien, na het verstrijken van de termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de *maatschappij* het *contract* opzeggen binnen 15 dagen.

Nochtans kan de *maatschappij*, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd, het *contract* opzeggen binnen de termijn van één maand te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen.

De *maatschappij* is niet gehouden door overeenkomsten tussen de *verzekeringnemer* en de tussenpersoon of een vertegenwoordiger van de *maatschappij*, tenzij die in het *contract* of zijn bijvoegsels worden vermeld.

Geen enkele bijvoeging, wijziging aan de tekst of afwijking van de gedrukte of geschreven voorwaarden is geldig indien zij niet bekrachtigd is door de *maat-schappij*.

16. Wat met belastingen en kosten ?

Alle uit hoofde van dit *contract* geheven of te heffen belastingen, taksen of kosten zijn ten laste van de *verzekeringnemer*. Zij worden samen met de premie geïnd.

17. Zijn er nog andere soortgelijke verzekeringen of tussenkomsten ?

De *verzekeringnemer* of de *verzekerde* is gehouden elk ander *contract*, elke andere waarborg of verzekering die hetzelfde voorwerp heeft en aan dezelfde *verzekerde(n)* dekking verleent, aan de *maatschappij* kenbaar te maken.

18. Wanneer treedt verval van rechten op ?

Er wordt verval van rechten opgelopen en de *maatschappij* is gerechtigd de terugbetaling te eisen van de onrechtmatig uitgekeerde vergoedingen en van de gemaakte kosten:

- bij verzwaring van de gevolgen van een ongeval of gewaarborgde *ziekte* met opzet of met goedvinden van de *verzekeringnemer*, de *verzekerde* of enig ander persoon die belang heeft bij de uitkering of doordat een voorgeschreven medische behandeling niet werd gevolgd;
- indien de *verzekerde* of de *verzekeringnemer* één van de contractuele verplichtingen, opgesomd in de punten 8, 9, 13, 15 en 17 niet nakomt en er daardoor een nadeel ontstaat voor de *maatschappij*. In dat geval kan deze laatste aanspraak maken op een vermindering van haar prestaties tot beloop van het door haar geleden nadeel.

De *maatschappij* kan haar dekking volledig weigeren indien de *verzekerde* of de *verzekeringnemer* de in bovenvermelde artikelen opgenomen verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen. In dit laatste geval blijven de geïnde premies door de *maatschappij* verworven en kan het *contract* door haar vernietigd worden.

19. Is er mogelijkheid tot verhaal in de waarborg 'Kosten tengevolge van het ongeval'?

De *maatschappij* treedt in de rechten die de *verzekerde* of de persoon die voor hem instaat, zou kunnen laten gelden tegenover de aansprakelijke derde tot belope van de vergoeding die uit hoofde van dit *contract* wordt uitbetaald.

Daarom kan de *verzekerde* of de persoon die voor hem instaat niet verzaken aan enig verhaal, zonder de schriftelijke toestemming van de *maatschappij*.

Behalve in geval van kwaad opzet heeft de *maatschappij* geen enkel verhaalrecht tegenover de bloedverwanten in de rechte opgaande of neerdalende lijn, de echtgeno(o)t(e) en de aanverwanten in rechte lijn van de *verzekerde*, noch tegen de bij hem inwonende personen, zijn gasten en de leden van zijn huispersoneel.

De *maatschappij* kan echter wel een verhaal uitoefenen tegenover deze personen in de mate dat hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringscontract gewaarborgd is.

20. Hoe verloopt de correspondentie ?

Elk aangetekend schrijven maakt in de context van dit *contract* een voldoende aanmaning uit.

De verzending van een dergelijke brief wordt bewezen door het ontvangstbewijs van de post, zijn inhoud door het afschrift in de dossiers van de *maatschappij*.

De *verzekeringsnemer* en de *verzekerde* nemen de verplichting op zich alle briefwisseling die de *maatschappij* aan hen richt, in ontvangst te nemen.

De *verzekeringsnemer* is verplicht de *maatschappij* kennis te geven van iedere adresverandering. Zo hij in gebreke blijft, wordt iedere brief geldig gezonden of iedere dagvaarding geldig betekend aan het door hem opgegeven adres in België.

De woonplaats van de partijen is van rechtswege gekozen, namelijk deze van de *maatschappij* in haar maatschappelijke zetel en deze van de *verzekeringsnemer* en van de *verzekerde* op het door hen opgegeven adres.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Ambulante medische kosten

Kosten gemaakt voor medische behandelingen die verleend zijn zonder dat er hospitalisatie is.

Begunstigde(n)

Degene(n) in wiens voordeel de verzekeringsprestaties bedongen zijn.

Consolidatie

Tijdstip vanaf hetwelk de toestand van de verzekerde niet meer vatbaar is voor een merkelijke evolutie op een spontane wijze noch als gevolg van een behandeling.

Contract

Het contract wordt gevormd door de inhoud van de Algemene Voorwaarden, de Bijzondere Voorwaarden en eventuele bijvoegsels.

Economische invaliditeit

De vermindering van de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde, als gevolg van de fysiologische invaliditeit waardoor hij getroffen werd. Het percentage van de economische invaliditeit zal tijdens het eerste jaar invaliditeit vastgesteld worden in functie van de beroepsactiviteiten van de verzekerde zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden van het contract. Bij herval zal dat eerste jaar invaliditeit een aanvang nemen op de begindatum van de eerste gewaarborgde invaliditeitsperiode.

Vanaf het tweede jaar invaliditeit zal het percentage uitsluitend vastgesteld worden evenredig aan het verlies van de fysieke geschiktheid van de verzekerde tot het uitoefenen van om het even welke beroepsactiviteit die overeenstemt met zijn sociale toestand, met zijn kennis en zijn vaardigheden. De beoordeling van de economische invaliditeit gebeurt door de raadsgeneesheer van de maatschappij op grond van de verklaringen en attesten van de betrokken artsen. Ze is volledig onafhankelijk van om het even welk ander economisch criterium.

Eigen-risicotermin

Periode tijdens dewelke geen uitkering plaatsvindt voor een gewaarborgd ongeval.

Fysiologische invaliditeit

De vermindering van de lichamelijke integriteit van de verzekerde. De graad hiervan wordt bepaald bij medische beslissing onder verwijzing naar de officiële Belgische Schaal tot Vaststelling van de Graad van Invaliditeit en de terzake geldende Belgische Rechtspraak.

Hospitalisatie

Het medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis met inbegrip van de 'one-day clinic'-opname.

Kind(eren)

Personen die de leeftijd van 18 jaar nog niet bereikt hebben. Deze worden verzekerd aan het apart tarief voor kinderen. Zij kunnen nooit aanspraak maken op een vergoeding wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

Maatschappij

De verzekeringsonderneming bij wie het contract wordt onderschreven : ING Insurance nv, toegelaten onder codenummer 0051 om de takken 'Ziekte' en 'Ongevallen' te beoefenen.

Medische behandelingen

Het geheel van de medische, medisch–technische, therapeutische, verpleegkundige en paramedische middelen, op voorwaarde dat deze behandelingen voorgeschreven zijn door een arts en gebruikt worden met het doel de gezondheidstoestand van de verzekerde te verbeteren of te stabiliseren

Orthese

Ieder orthopedisch apparaat gefixeerd om o.a. ledematen of andere delen van het lichaam te beschermen, te steunen of te immobiliseren.

Personenwagen

Elk motorvoertuig waarvan de binnenruimte is gebouwd uitsluitend voor het vervoer van personen en dat, bij gebruik voor het bezoldigd vervoer van personen, ten hoogste 8 plaatsen mag bevatten, de plaats van de bestuurder niet inbegrepen.

Worden eveneens beschouwd als personenwagen : jeeps, monovolumewagens en bestelwagens.

Prikaccident

Het per ongeluk door de huid heen prikken aan injectienaalden met overdracht van kiemen via bloed, bloedproducten of biologische vloeistoffen in het menselijk lichaam.

Prothese(apparaat)

Het apparaat bestemd om de handicap, voortvloeiend uit een anatomisch of functioneel verlies, te verminderen. Dit verlies dient het gevolg te zijn van een heelkundig ingrijpen, van een neurologisch of traumatisch letsel.

Repetitieve micro-traumata

Deze geven aanleiding tot een tussenkomst van de maatschappij indien het gaat om het optreden van lumbago, tendinitis (peesontsteking), periarthrit, epicondylitis lateralis (tenniselleboog), schouderontsteking, epicondylitis medialis (golferselleboog), bursitis van de knie.

Verzekerde

De persoon op wie de waarborg van toepassing is.

Indien de formule personen die in gezinsverband samenleven met de verzekeringsnemer in zijn woonplaats, als verzekerden aanwijst, dan wordt als woonplaats aanzien het adres waar deze persoon ingeschreven is in de bevolkingsregisters.

Verzekeringsjaar

De periode begrepen tussen twee hoofdvervaldagen.

Verzekeringsnemer

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die het contract afsluit.

Vrijstelling

Bij de waarborg 'blijvende invaliditeit' :

de graad van fysiologische invaliditeit tot en met dewelke geen vergoeding wordt uitgekeerd. Deze graad is vastgelegd in de bijzondere voorwaarden. Zodra de invaliditeit de vrijstelling overschrijdt, wordt vergoed volgens de werkelijke invaliditeitsgraad.

Bij de waarborg 'Kosten tengevolge van het ongeval' :

het bedrag van de terugbetaalbare kosten tot en met hetwelk geen kosten worden vergoed. Indien dit bedrag wordt overschreden, wordt vergoed vanaf de eerste eurocent.

Deze vrijstelling geldt per verzekerde en per schadegeval. Indien bij hetzelfde ongeval meerdere verzekerden gewond worden, wordt de vrijstelling maar éénmaal toegepast.

Wettelijke vergoeding

Indien de verzekerde een werknemer, ambtenaar of militair is, is de wettelijke vergoeding iedere wettelijke tussenkomst die voor de betrokken medische of andere kosten wordt voorzien door de Belgische Sociale Wetgeving van toepassing.

Onder Belgische Sociale Wetgeving van toepassing op werknemers, op ambtenaren of op militairen, van toepassing bij ziekte of ongeval wordt verstaan:

- de wetgeving betreffende de Verplichte Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit;
- de wetgeving betreffende de arbeidsongevallen
- de wetgeving betreffende de beroepsziekten.

Indien de verzekerde een zelfstandige is, wordt voor de bepaling van de wettelijke vergoeding aangenomen dat de verzekerde bij een mutualiteit is aangesloten en verzekerd is voor zowel de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering als voor de vrije facultatieve verzekering voor het regime van de zelfstandigen.

In beide stelsels wordt bovendien aangenomen dat de bijdrage – betalingen werden uitgevoerd en dat een eventuele wachttijd reeds voorbij is.

Als wettelijke tussenkomst wordt verstaan

- voor de kosten gemaakt in België : elke terugbetaling waarop men in de Belgische Sociale Wetgeving aanspraak kan maken in het toepasselijk stelsel
- voor de kosten gemaakt in het buitenland : de terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten verdrag of bij ontstentenis daarvan, het bedrag van de terugbetaling in België, indien de Belgische Sociale Zekerheid van toepassing zou zijn.

Ziekenhuis

Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis. Binnen het kader van deze verzekering wordt niet als een ziekenhuis beschouwd :

- een medisch-pedagogische instelling
- een instelling voor beschut wonen
- een instelling uitsluitend bestemd als huisvesting voor bejaarden, herstellenden of kinderen
- een rust- en verzorgingstehuis (de instelling zelf of een afdeling ervan).

Ziekte

Iedere niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid, vastgesteld door een arts die wettelijk gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen.