

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

PK110-01/12 PAKKETVERZEKERING VOOR BEDRIJVEN: RUBRIEK ONGEVALLLEN

Inhoudsopgave	art.
Begripsomschrijvingen	1
Verzekerde	1.1
Begunstigde(n)	1.2
Ongeval	1.3
Uitbreiding begrip ongeval	1.4
Betalingsverkeer	1.5
Uitkeringen en/of Vergoedingen	2
Uitkering in geval van overlijden (Rubriek A)	2.1
Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit (Rubriek B)	2.2
Kosten tandheelkundige behandeling	2.3
Kosten plastische chirurgie	2.4
Kosten psychologische bijstand na een ongeval	2.5
Opleidingskosten en herscholingskosten	2.6
Kosten ziekenhuisopname	2.7
Wervingskosten	2.8
Volledige verlamming van de ledematen	2.9
Ongevallendeckking voor bezoekers	2.10
Repatriëring	2.11
Rentevergoeding	2.12
Uitsluitingen en beperkingen	3
Verplichtingen na een ongeval	4
Verplichting in geval van overlijden	4.1
Verplichtingen anders dan bij overlijden	4.2
Algemene verplichtingen	4.3
Kosten	4.4
Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen 4.5	
Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen	5
Afstand van regresrechten	6
Begunstiging	7
Betaling	8
Einde van de dekking	9

PK110-01/12 PAKKETVERZEKERING VOOR BEDRIJVEN: RUBRIEK ONGEVALLEN

Bij deze verzekeringsvoorwaarden horen de Algemene Voorwaarden PK110-01, hierna te noemen Algemene voorwaarden.

- 1 Begripsomschrijvingen
 - 1.1 Verzekerde
Verzekerde is een natuurlijk persoon op wiens lichaam de verzekering is gesloten.
 - 1.2 Begunstigde(n)
Begunstigde(n) is/zijn degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.
 - 1.3 Ongeval
 - 1.3.1 Onder ongeval wordt verstaan een tijdens de duur van deze verzekering van buiten komende, plotseling en rechtstreeks op de verzekerde inwerkende gewelddadige gebeurtenis waardoor verzekerde medisch vast te stellen letsel aan zijn lichaam en/of geest oploopt of waardoor verzekerde overlijdt.
 - 1.3.2 Ongevallen ten gevolge van ziekte, gebrek of een abnormale lichamelijke of geestelijke gesteldheid zijn inbegrepen, behoudens het bepaalde in art. 3.1.
 - 1.3.3 Van geestelijke invaliditeit kan uitsluitend sprake zijn in geval van een aan verzekerde zelf overkomen ongeval mits en voor zover de geestelijke invaliditeit medisch aantoonbaar uitsluitend het gevolg is van dit ongeval zonder invloed van andere oorzaken.
 - 1.4 Uitbreiding begrip ongeval
De volgende gebeurtenissen worden gelijkgesteld met ongeval:
 - 1.4.1 het ongewild in aanraking komen met of in het lichaam van verzekerde geraken van:
 - 1.4.1.1 ziektekiemen en/of allergenen zich bevindende in of aan een onder art. 1.4.2 bedoelde stof of voorwerp;
 - 1.4.1.2 ziektekiemen en/of allergenen in ten gevolge van een ongeval ontstaan letsel;
 - 1.4.2 acute vergiftiging door het ongewild in aanraking komen met of in het lichaam van verzekerde geraken van een vloeibare, vaste, damp- of gasvormige stof en/of een voorwerp, met uitzondering van genees-, slaap-, genot-, verdovende en/of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;
 - 1.4.3 complicaties en verergeringen waaronder begrepen wondinfectie en bloedvergiftiging optredende bij of ten gevolge van behandelingen van ongevalsletsel;
 - 1.4.4 opzettelijk aan lichaam en/of geest van verzekerde toegebracht letsel door een ander dan verzekerde niet zijnde een begunstigde;
 - 1.4.5 verstikking, verdrinking, zonnesteek, beverzing, veretsing, verbranding, warmtestuwing, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontlading;
 - 1.4.6 ontberingen door de verzekerde geleden ten gevolge van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;
 - 1.4.7 verstuijing, verrekking, ontwrichting en/of verscheuring van spier- en/of peesweefsels;
 - 1.4.8 schurft, ziekte van Bang, mond- en klauwzeer, koepokken, trichophytie, miltvuur;
 - 1.4.9 kinderverlamming voor zover overkomen aan een verzekerde jonger dan 18 jaar; ten minste 30 dagen na de totstandkoming van de verzekering ontstaan en voor zover de kinderverlamming leidt tot een blijvende invaliditeit van ten minste 25%;
 - 1.4.10 ongevallen ontstaan tijdens rechtmatige zelfverdediging, alsmede redding of poging daartoe van zichzelf, anderen, dieren of zaken.
 - 1.5 Betalingsverkeer
Daar waar in art. 3.2 van de Algemene voorwaarden wordt gesproken van

schadepenningen en/of schade-uitkering wordt hieronder mede verstaan uitkeringen en/of vergoedingen als omschreven in art. 2.

2 Uitkeringen en/of Vergoedingen

2.1 Uitkering in geval van overlijden (Rubriek A)

2.1.1 Indien verzekerde is overleden ten gevolge van een ongeval wordt onder deze verzekering de op het tijdstip van het ongeval voor rubriek A verzekerde som uitgekeerd.

2.1.2 Is de verzekerde verdwenen en wordt zijn lichaam niet gevonden binnen 1 jaar na de datum waarop de verdwijning schriftelijk aan de verzekeraars is medegedeeld, dan wordt - mits met een redelijke mate van zekerheid wordt aangetoond dat verzekerde een ongeval overkwam ten gevolge waarvan hij is overleden - na het verstrijken van dat jaar het onder deze verzekering voor rubriek A verzekerde som uitgekeerd.

Verzekeraars kunnen verlangen dat een verklaring van (een rechtsvermoeden van) overlijden, als bedoeld in artikel 1:412 e.v. BW wordt overlegd.

2.1.3 De onder rubriek A van deze verzekering wegens overlijden uit te keren bedragen worden verminderd met de bedragen die ter zake van hetzelfde ongeval wegens blijvende invaliditeit (rubriek B) onder deze verzekering zijn uitgekeerd, zulks tot ten hoogste het onder rubriek A verzekerde bedrag.

2.2 Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit (Rubriek B)

2.2.1 Gehele blijvende invaliditeit

Indien verzekerde geheel blijvend invalide is geworden ten gevolge van een ongeval wordt de onder deze verzekering op het tijdstip van het ongeval voor rubriek B verzekerde som uitgekeerd. Van gehele blijvende invaliditeit is in ieder geval sprake in de volgende gevallen:

- volledig verlies van het visueel systeem;
- verlies van de verstandelijke vermogens;
- algehele incontinentie samengaan met impotentie;
- verlies of onbruikbaarheid van:
 - * beide armen of beide handen;
 - * beide benen of beide voeten;
 - * een arm en een been.

2.2.2 Gedeeltelijke blijvende invaliditeit

2.2.2.1 In de hieronder genoemde gevallen wordt de uitkering vastgesteld op het daarachter vermelde percentage van de onder deze verzekering op het tijdstip van het ongeval voor rubriek B verzekerde som:

geheel verlies van:

- | | |
|------------------------------------|-------|
| - het gezichtsvermogen van één oog | 50% |
| - de onderkaak | 50% |
| - de functie van een nier | 20% |
| - de functie van de milt | 10% |
| - de functie van een long | 35% |
| - gehoorvermogen van beide oren | 75% |
| - gehoorvermogen van één oor | 37,5% |

geheel verlies of onbruikbaarheid van:

- | | |
|--|-----|
| - een arm tot in het schoudergewricht | 75% |
| - een arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht | 70% |
| - een hand tot in het polsgewricht of een arm tussen pols- en ellebooggewricht | 65% |

- een duim 25%
 - iedere andere vinger 15%
 - een been tot in het heupgewricht 75%
 - een been tot in het kniegewricht of een been tussen knie- en heupgewricht 70%
 - een voet tot in het enkelgewricht of een been tussen enkel- en kniegewricht 65%
 - een grote teen 15%
 - iedere andere teen 7,5%
 - het spraakvermogen 50%
 - de reuk 10%
 - de smaak 10%
- met dien verstande dat, wanneer de verzekerde ten gevolge van het verlies van het spraakvermogen en/of de reuk en/of de smaak zijn beroep niet meer kan uitoefenen, het onder art. 2.2.4 bepaalde van toepassing is.
- 2.2.2.2 Bij gedeeltelijk(e) verlies of onbruikbaarheid van de hierboven genoemde lichaamsdelen/functies wordt een evenredig deel van de genoemde percentages uitgekeerd. Bij verlies of onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand wordt nooit meer uitgekeerd dan bij verlies of onbruikbaarheid van de gehele hand. Komt een lichaamsdeel of orgaan van dezelfde hoedanigheid zowel links als rechts voor dan worden beide tezamen genomen tot geen hoger percentage dan 100%.
- 2.2.3 **Whiplash**
 Ten aanzien van het verschijnsel, dat in algemene zin wordt aangeduid als "whiplash" geldt het volgende.
 In geval van cervicaal (of lumbaal) acceleratie-/ deceleratieletsel van de wervelkolom (post whiplash syndroom) met eventuele neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen, wordt maximaal 10 % van het verzekerd bedrag uitgekeerd.
 Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of vestibulair onderzoek zijn verkregen, geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 10%.
- 2.2.4 **Keuzeclausule**
 Voor alle niet in art. 2.2.2 en 2.2.3 genoemde gevallen worden twee percentages vastgesteld:
- 2.2.4.1 één percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit van de verzekerde, zonder dat met zijn beroep (of met zijn normale bezigheden) rekening wordt gehouden en;
- 2.2.4.2 één percentage aangevende de mate van blijvende ongeschiktheid van de verzekerde om zijn beroep (of normale bezigheden) uit te oefenen.
 Op basis van het hoogste van de aldus vastgestelde percentages vindt vervolgens uitkering krachtens rubriek B plaats.
- 2.2.5 **Maximum uitkering**
 Onder deze verzekering wordt ter zake van één en hetzelfde ongeval in geval van blijvende invaliditeit in totaal niet meer uitgekeerd dan de voor rubriek B verzekerde som.
- 2.2.6 **Bestaande invaliditeit**
 Indien ten gevolge van een ongeval de verzekerde overkomen de reeds aan hetzelfde lichaamsdeel of orgaan bestaande blijvende invaliditeit toeneemt, wordt de uitkering onder deze verzekering gebaseerd op het verschil tussen het percentage blijvende invaliditeit vóór en na het ongeval.

- 2.2.7 Vaststelling van de uitkering
- 2.2.7.1 De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen. Uitkering geschiedt zodra de blijvende invaliditeit van verzekerde definitief kan worden vastgesteld, hetgeen het geval is als redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de invaliditeitstoestand van de verzekerde vrijwel geen verandering meer zal komen. De definitieve vaststelling zal in ieder geval uiterlijk 3 jaar na de aangifte van het ongeval plaatsvinden. Bij het einde van deze driejaarstermijn, zal de mate van blijvende invaliditeit worden bepaald op basis van de alsdan bestaande invaliditeit. Indien de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, zullen uit nadien optredende wijzigingen geen aanspraken ontstaan op aanvullende uitkeringen, noch op terugvordering van reeds verrichte uitkeringen.
- 2.2.7.2 De blijvende invaliditeit wordt vastgesteld naar de toestand van het moment waarop de vaststelling geschiedt. Indien verzekerde, voordat de definitieve vaststelling van de blijvende invaliditeit heeft plaatsgevonden, overlijdt, anders dan ten gevolge van een ongeval, zullen de verzekeraars het bedrag uitkeren dat zij - naar redelijkerwijze te voorzien was - hadden moeten uitkeren op de in art. 2.2.7.1 bedoelde datum, indien verzekerde in leven was gebleven. Indien de vastgestelde definitieve uitkering lager is dan het bedrag van de voorschotbetaling zal het meerdere niet worden teruggevorderd of (met latere of andere uitkeringen) verrekend.
- 2.3 Kosten tandheelkundige behandeling
- 2.3.1 Indien verzekerde ten gevolge van het hem overkomen ongeval te zijnen laste kosten heeft gemaakt ter zake van een tandheelkundige behandeling door een arts, waaronder begrepen aanschaffing, vervanging of reparatie van een prothese, vergoeden verzekeraars deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.3.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.3.1 vermelde kosten indien en voor zover deze kosten niet uit anderen hoofde zijn verzekerd en is gemaximeerd tot 2½% van de onder rubriek B verzekerde som.
- 2.3.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.4 Kosten plastische chirurgie
- 2.4.1 Indien ten gevolge van een verzekerd ongeval misvorming of ontsiering van het lichaam van verzekerde resteert, vergoeden verzekeraars de kosten van plastische chirurgie ter verbetering of herstel van dit letsel rekening houdende met de volgende beperkingen.
- 2.4.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.4.1 vermelde kosten indien en voor zover deze kosten niet uit anderen hoofde zijn verzekerd of worden vergoed en is gemaximeerd tot 10% van de onder rubriek B verzekerde som.
- 2.4.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dat het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.5 Kosten psychologische bijstand na een ongeval
- 2.5.1 Indien een verzekerde als gevolg van een ongeval resulterend in een te verwachten blijvende invaliditeit van meer dan 50% psychologische bijstand behoeft, vergoeden verzekeraars deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.5.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.5.1 vermelde kosten indien en voor zover deze kosten niet uit anderen hoofde zijn verzekerd en wordt tot ten

- hoogste 2½% van de onder rubriek B verzekerde som met een maximum van EUR 5.000,00 beperkt.
- 2.5.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dat het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering
- 2.6 **Opleidingskosten en herscholingskosten**
- 2.6.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval voor 65% of meer blijvend invalide is geworden en zijn beroep niet meer kan uitoefenen, vergoeden de verzekeraars de opleidings- en herscholingskosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.6.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.6.1 vermelde kosten indien en voor zover deze kosten niet uit anderen hoofde zijn verzekerd, met een maximum van EUR 7.500,00 per verzekerde.
- 2.6.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en) alsmede het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.6.4 In afwijking van het bepaalde in art. 8 zullen vergoedingen uit hoofde van dit artikel geschieden aan verzekeringnemer.
- 2.7 **Kosten ziekenhuisopname**
- 2.7.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval in het ziekenhuis wordt opgenomen, wordt er, zij het met de volgende beperkingen, een extra bedrag uitgekeerd.
- 2.7.2 Uitkering krachtens deze verzekering strekt zich uit tot een extra bedrag van EUR 75,00 per dag per verzekerde met een maximum van 365 dagen.
- 2.7.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.8 **Wervingskosten**
- 2.8.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval komt te overlijden dan wel geheel blijvend invalide is geworden, worden de wervingskosten ter vervanging van de verzekerde, zij het met de volgende beperkingen, in afwijking van het bepaalde in art. 8 aan de verzekeringnemer (werkgever) vergoed.
- 2.8.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.8.1 vermelde kosten tot een maximum van EUR 5.000,00 per verzekerde.
- 2.8.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), alsmede het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.9 **Volledige verlamming van de ledematen**
- 2.9.1 Indien verzekerde ten gevolge van een ongeval volledig verlamd is geraakt aan de onderste twee ledematen of volledig verlamd is geraakt aan alle vier de ledematen wordt er, zij het met de volgende beperkingen, een extra bedrag uitgekeerd.
- 2.9.2 Uitkering krachtens deze verzekering strekt zich uit tot een eenmalige extra uitkering per verzekerde van EUR 25.000,00 bij volledige verlamming van de onderste twee ledematen resp. EUR 50.000,00 bij volledige verlamming van alle vier ledematen.
- 2.9.3 Een uitkering krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.10 **Ongevallendekking voor bezoekers**
- 2.10.1 Deze verzekering biedt tevens dekking voor ongevallen overkomen aan bezoekers die op uitnodiging of met kennis van verzekeringnemer de gebouwen of de terreinen van verzekeringnemer (bij deze in gebruik als en dienende tot vaste inrichting van diens

- bedrijfsactiviteiten) bezoeken, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.10.2 Onder bezoekers worden niet verstaan werknemers en ondergeschikten van anderen dan verzekeringnemer die arbeid verrichten in het bedrijf/de instelling van verzekeringnemer en evenmin de in het bedrijf van verzekeringnemer werkzame uitzendkrachten, stagiaires en tegen betaling werkzame andere personen.
- 2.10.3 Deze dekking geldt niet voor bedrijven waarvan de bedrijvigheid mede gericht is op het ontvangen van bezoekers, zoals hotels, bankinstellingen, bioscopen, musea, winkels, openbare gebouwen etc.
- 2.10.4 Uitkering krachtens deze verzekering is gemaximeerd per persoon tot:
 Rubriek A EUR 5.000,00 in geval van overlijden; Rubriek B EUR 25.000,00 bij algehele invaliditeit.
 Per gebeurtenis zal nooit meer worden uitgekeerd dan EUR 500.000,00. Onder gebeurtenis wordt verstaan een voorval of reeks met elkaar samenhangende voorvallen ten gevolge waarvan één of meerdere ongevallen ontstaan zijn. Indien het aantal aanwezige bezoekers dat een ongeval is overkomen, zo groot is dat genoemd maximum per gebeurtenis wordt overschreden, zullen de per persoon geldende verzekerde bedragen naar evenredigheid worden verlaagd totdat het bedrag van EUR 500.000,00 is bereikt.
- 2.10.5 Een uitkering krachtens dit artikel geschiedt in afwijking van art. 8 van de verzekeringsvoorwaarden aan verzekeringnemer. De uitkering wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.11 Repatriëring
- 2.11.1 Indien verzekerde door een ongeval buiten Nederland, dan wel buiten het land waar verzekerde woonachtig is, overlijdt, worden de gemaakte kosten voor repatriëring van het stoffelijk overschot van verzekerde vergoed alsmede de reiskosten van de meereizende partner en/of kind(eren) tot aan de plaats van bestemming in Nederland, dan wel in het land waar verzekerde woonachtig was, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.11.2 Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zicht uit tot de in art. 2.11.1 vermelde kosten indien en voor zover deze kosten niet uit anderen hoofde zijn verzekerd en is gemaximeerd tot EUR 10.000,- per verzekerde.
- 2.11.3 De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan, alsmede - voor zover dit het geval mocht zijn - een bewijs van de uit anderen hoofde vergoede kosten. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.11.4 De door de meereizende partner of de kind(eren) gemaakte reiskosten worden in afwijking van het bepaalde in art. 8 aan de partner of kinderen vergoed indien en voor zover deze de kosten heeft/hebben gemaakt.
- 2.12 Rentevergoeding
- Een door verzekeraars verschuldigde uitkering wordt verhoogd met een percentage gelijk aan het produkt van 0,75% en het aantal volle maanden dat is gelegen in de periode vanaf 1 jaar na de datum van ontvangst van aangifte van het ongeval door Aon of verzekeraars en de dag van betaalbaarstelling van de aldus verhoogde uitkering, rekening houdende met reeds betaalde voorschotten.
- 3 Uitsluitingen en beperkingen
- Geen recht op enige uitkering en/of vergoeding krachtens deze verzekering bestaat indien en voor zover het ongeval:
- 3.1 is veroorzaakt door opzet (waaronder zelfmoord of zelfverminking) van verzekerde of door opzet van (een) begunstigde(n). Deze uitsluiting geldt alleen ten aanzien van degene(n) die het ongeval opzettelijk heeft/hebben veroorzaakt, waarbij zijn/hun aandeel niet aan een eventuele andere begunstigde zal worden uitgekeerd. Het verrichten van werkzaamheden, alsmede de onder art. 1.4.10 genoemde gebeurtenissen vallen buiten het begrip opzet.

- 3.2 is veroorzaakt door oorlog of burgeroorlog;
Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:
- Oorlog: elk geval waarin staten elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden;
 - Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij het merendeel van de inwoners van die staat betrokken is.
- 3.2.1 De in art. 3.2 genoemde uitsluiting geldt niet:
- 3.2.1.1 indien aannemelijk wordt gemaakt dat het ongeval hierdoor niet is veroorzaakt;
- 3.2.1.2 voor ongevallen door het in aanraking komen met c.q. het tot ontploffing komen van achtergebleven oorlogstuig;
- 3.2.1.3 voor ongevallen verzekerde overkomen in het buitenland binnen 14 dagen sinds het eerste plaatsvinden van enige vorm van oorlog of burgeroorlog. Verzekerde of, in geval van overlijden van verzekerde, de begunstigde(n), dient/dienen dan te kunnen aantonen dat verzekerde door oorlog of burgeroorlog werd verrast.
- 3.2.2 indien verzekerde gedurende de periode van 14 dagen, zoals vermeld in art. 3.2.1.3, onvrijwillig van zijn vrijheid wordt beroofd, zal de dekking onder deze verzekering gedurende maximaal 365 dagen onverminderd van kracht blijven;
Onder vrijheidsberoving wordt in dit verband mede verstaan grenssluiting.
- 3.3 het gevolg is van kunstmatig opgewekte atoomkernreacties en/of van splijtbare materialen, tenzij:
- toegepast ter medische behandeling van de verzekerde of van één of meer personen, die zich met hem in hetzelfde gebouw bevinden dan wel;
 - toegepast bij en in verband met het door verzekerde verrichten van werkzaamheden in bedrijfs- of beroepsverband;
- 3.4 plaatsvindt bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 3.5 plaatsvindt bij het door verzekerde als (semi-) professional deelnemen aan snelheidswedstrijden met motorrijtuigen of -vaartuigen.
- 3.6 plaatsvindt tijdens het vliegen in/met een luchtvaartuig, terwijl verzekerde deel uitmaakte van de bemanning en in dat luchtvaartuig tijdens de betreffende vlucht al dan niet betaalde werkzaamheden verrichtte.
- 4 Verplichtingen na een ongeval
Indien de verzekerde een ongeval is overkomen ten gevolge waarvan aanspraak op een uitkering en/of vergoeding kan ontstaan, gelden de volgende verplichtingen.
- 4.1 Verplichting in geval van overlijden
In geval van overlijden van de verzekerde dient hiervan door of namens de verzekeringnemer of begunstigde(n) zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 24 uur voor de begrafenis of crematie te worden kennisgegeven aan verzekeraars.
- 4.2 Verplichtingen anders dan bij overlijden
- 4.2.1 In geval van andere ongevalsgevolgen dan overlijden stelt de verzekerde zich direct onder behandeling van een arts en volgt de door deze gegeven voorschriften op.
- 4.2.2 Zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is zal door of namens de verzekeringnemer, de verzekerde en/of begunstigde(n) aangifte van het ongeval worden gedaan door middel van het door verzekeraars verlangde formulier en onder bijvoeging van verlangde stukken.
- 4.2.3 Telkens indien verzekeraars dat vragen laat de verzekerde zich door één of meer geneeskundige(n) onderzoeken. Verzekeraars kunnen die geneeskundige(n) aanwijzen. Door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde, zullen aan bedoelde geneeskundige(n) alle door deze(n) gewenste gegevens betrekking hebbend op het

ongeval, de invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, werkzaamheden en het beroep van de verzekerde worden verstrekt. De door deze geneeskundige(n), na overleg met de onder art. 4.2.1 genoemde arts gegeven voorschriften, dienen door de verzekerde te worden opgevolgd. De kosten van het/de geneeskundige onderzoek(en), de daarvoor noodzakelijke normale reis- en verblijfkosten van de verzekerde en één hem - gezien de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de verzekerde - noodzakelijkerwijs begeleidend persoon, alsook de door derden in rekening gebrachte kosten voor het verkrijgen van de in dit artikel bedoelde gegevens, zijn voor rekening van verzekeraars.

4.3 Algemene verplichtingen

4.3.1 Door of namens de verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) zullen aan de verzekeraar binnen redelijke termijn alle door hem verlangde gegevens en/of stukken worden verstrekt. Hiertoe kunnen onder andere behoren, geboortebewijs, bewijs van overlijden, akte van erfrecht, schriftelijke toestemming tot sectie, gespecificeerde verklaring van een registeraccountant betreffende het inkomen uit arbeid van verzekerde.

4.3.2 De verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) doen voorts schriftelijk opgave aan verzekeraars van het juiste adres betreffende de woon- en/of verblijfplaats van de begunstigde(n) en/of van de verzekerde. Adreswijziging brengen zij binnen redelijke termijn schriftelijk ter kennis van verzekeraars.

4.4 Kosten

De voor verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) aan het doen van aangifte, het inwinnen of verstrekken van gegevens en/of stukken verbonden kosten zijn niet voor rekening van verzekeraars, behoudens het in art. 4.2.3 bepaalde.

4.5 Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen

4.5.1 Indien niet wordt voldaan aan de onder art. 4.1 en 4.2.2. bedoelde verplichting tot aangifte kunnen verzekeraars de uitkering en/of vergoeding verminderen met de schade die zij daardoor lijden.

4.5.2 Weigering tot medewerking, dan wel het in gebreke blijven bij het verstrekken van de benodigde stukken door verzekerde of de belanghebbenden kan verlies van rechten ten gevolge hebben, indien verzekeraars hierdoor niet in staat zijn de rechtmatigheid of opeisbaarheid van de uitkering vast te stellen, indien en voor zover verzekeraars hierdoor in hun redelijke belangen zijn geschaad.

4.5.3 Weigering om sectie toe te staan, kan verlies van rechten op de voor overlijden onder rubriek A verzekerde uitkering tot gevolg hebben, tenzij wordt aangetoond dat de belangen van verzekeraars hierdoor niet zijn geschaad.

4.5.4 Het in art. 4.3.1 en art. 4.5.3 met betrekking tot sectie bepaalde is niet van toepassing indien de verzekerde bij wilsbeschikking, waaronder mede worden begrepen een zgn. donor-codicil, transplantatieverklaring e.d., heeft verklaard dat zijn stoffelijk overschot bestemd is voor ontleding en/of orgaan- en/of weefseltransplantatie door een ter zake bevoegd medisch instituut in Nederland en - zo dit door dat instituut wordt gewenst - de door het instituut aangewezen persoon of personen een schriftelijke machtiging afgeven voor de door het medisch instituut aan verzekeraars te verstrekken gegevens omtrent de doodsoorzaak.

5 Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen

5.1 Indien verzekerden en/of begunstigten bezwaar hebben gemaakt tegen een afwijzing door verzekeraars van een uitkering en/of een vergoeding zal, zolang na indiening van dat bezwaar de onjuistheid van de beslissing van verzekeraars niet vaststaat, ten aanzien van het recht op uitkering hun beslissing gelden. Na gegrondbevinding van de tegen de beslissing van verzekeraars ingediende bezwaren wordt het eventueel (meerdere) verschuldigde alsnog binnen 1 maand uitbetaald.

- 5.2 In geval van een geschil met betrekking tot een medische aangelegenheid heeft (hebben) verzekerde of de begunstigde(n) het recht - voor eigen rekening - een geneeskundige aan te stellen. De aldus door verzekerde en verzekeraars benoemde geneeskundigen benoemen bij verschil van mening in gezamenlijk overleg een derde geneeskundige. Deze derde geneeskundige zal - na inzicht te hebben verkregen in de benodigde stukken - een uitspraak doen, welke voor alle partijen als bindend zal worden beschouwd.
De kosten van deze derde geneeskundige worden gezamenlijk door beide partijen gedragen, tenzij door de derde geneeskundige het standpunt van de door verzekeraars ingeschakelde arts als onjuist wordt beoordeeld, in welk geval de kosten van de derde arts, alsmede die van de door verzekerde ingeschakelde arts volledig voor rekening van verzekeraars komen, tezamen tot maximaal tweemaal de kosten van de door verzekeraars ingeschakelde arts.
- 6 **Afstand van regresrechten**
Voor zover verzekeraars krachtens deze verzekering betaalde bedragen zouden kunnen verhalen op de verzekeringnemer en/of de werkgever en/of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde en/of diens familieleden in de rechte lijn, doen zij hierbij afstand van dat verhaalsrecht.
- 7 **Begunstiging**
Door de verzekeringnemer is (zijn) de in het polisblad genoemde begunstigde(n) aangewezen als degene(n), aan wie de krachtens deze verzekering verschuldigde uitkering moet worden gedaan. Van begunstiging zijn uitgesloten de Staat der Nederlanden of enige andere overheid. Tenzij anders overeengekomen wordt een wijziging van de begunstiging eerst van kracht op de dag, te rekenen van des morgens te 00:00 uur, van ontvangst door verzekeraars van de desbetreffende schriftelijke kennisgeving van de verzekeringnemer.
- 8 **Betaling**
Verzekeraars verrichten een door hen verschuldigde uitkering en/of vergoeding binnen 1 maand nadat deze is/zijn vastgesteld aan de begunstigde(n).
- 9 **Einde van de dekking**
- 9.1 Opzegging van de verzekering in het algemeen of deze rubriek in het bijzonder heeft tot gevolg dat per het einde van het verzekeringstijdvak alle rechten en verplichtingen van partijen vervallen, behoudens die met betrekking tot een de verzekerde tijdens de duur van de verzekering overkomen ongeval, tot het moment dat ook deze aanspraak op uitkering en/of vergoeding is erkend en door verzekeraars is betaald, dan wel is vervallen.
- 9.2 Onder overeenkomstige toepassing van het onder art. 9.1 bepaalde eindigt de dekking van de onderhavige rubriek met verval van de rechten en verplichtingen van partijen ten aanzien van de betrokken verzekerde(n):
- 9.2.1 op de dag, vanaf 00:00 uur 's-morgens, direct volgend op de datum waarop de verzekerde de 75-jarige leeftijd heeft bereikt;
- 9.2.2 met zijn overlijden.

