



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

Een ongeluk met blijvend letsel, een hartaanval, hersenbloeding of kanker, u moet er niet aan denken. Steeds meer mensen krijgen hier mee te maken. Met aanzienlijke gevolgen voor hun leven, werk of inkomen. De TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis helpt u om de financiële gevolgen van deze gevaren op te vangen. Zodat u uw leven opnieuw kunt inrichten of uw dierbaren door kunnen leven zoals zij gewend waren.

Uw TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis is een overeenkomst tussen de verzekeraar en u. Bij deze overeenkomst horen verzekeringsvoorwaarden ofwel polisvoorwaarden. In de polisvoorwaarden leest u wat u precies verzekert en wat de rechten en verplichtingen van zowel de verzekeraar als uzelf zijn. De polisvoorwaarden maken onderdeel uit van de polis die de verzekeraar afgeeft.

versie ACE EOP 06-2013



eenvoudig transparant



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

INHOUDSOPGAVE

Algemene voorwaarden

- 1. Definities**
- 2. Strekking van de verzekering**
 - 2.1 Uitkering bij Ernstige ziekte (rubriek 1)
 - 2.2 Uitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval (rubriek 2)
 - 2.3 Uitkering bij overlijden als gevolg van een ongeval (rubriek 3)
- 3. Grondslag van de verzekering**
- 4. Aanvang, duur en einde van de verzekering**
 - 4.1 Ingangsdatum
 - 4.2 Looptijd van de verzekering en opzegging
 - 4.3 Overige redenen einde van de verzekering
- 5. Dekking**
 - 5.1 Omschrijving van de dekking
 - 5.2 Dekkingsgebied
 - 5.3 Clausule terrorismedekking
- 6. Algemene uitsluitingen**
 - 6.1 Opzet
 - 6.2 Misdrijf
 - 6.3 Waagstuk
 - 6.4 Alcohol en Genees- en Genotmiddelen
 - 6.5 Gevaarlijke sporten/snelheidswedstrijden
 - 6.6 Luchtverkeer
 - 6.7 Molest
 - 6.8 Atoomkernreactie
 - 6.9 Onder invloed zijn als bestuurder
 - 6.10 Medische behandeling
 - 6.11 Bestaande conflicten en vrijwillige deelname aan een staking of manifestatie
- 7. Begunstiging**
- 8. Wijziging verzekerd bedrag en dekking**
- 9. Voorlopige dekking**
- 10. Verjaring, verval en fraude**
 - 10.1 Verjaringstermijn
 - 10.2 Vervaltermijn
 - 10.3 Fraude
- 11. Premie**
 - 11.1 Premiebetaling
 - 11.2 Premierestitutie
- 12. Wijziging van premie en/of voorwaarden**
- 13. Slotbepalingen**
 - 13.1 Nederlands recht
 - 13.2 Klachtenprocedure
 - 13.3 Privacyreglement

Bijzondere voorwaarden per rubriek

Rubriek 1 Ernstige ziekte

- 1. Algemeen**
 - 1.1 Samenhang voorwaarden
- 2. Dekking**
 - 2.1 Omschrijving van de dekking
 - 2.2 Omvang van de dekking
- 3. Schade**
- 4. Geldigheid**
- 5. Uitkeringen**
- 6. Uitsluitingen**

Rubriek 2 Blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval

- 1. Algemeen**
 - 1.1 Samenhang voorwaarden
- 2. Dekking**
 - 2.1 Omschrijving van de dekking
 - 2.2 Omvang van de dekking
 - 2.3 Aanvullende dekking
- 3. Schade**
 - 3.1 Verplichtingen in geval van schade
 - 3.2 Bijzondere verplichting in geval van opname in een ziekenhuis
 - 3.3 Geneeskundige behandelingen en informatieplicht
 - 3.4 Vaststelling van de hoogte van de uitkering bij blijvende invaliditeit
 - 3.5 Betaling van de uitkering

Rubriek 3 Overlijden als gevolg van een ongeval

- 1. Algemeen**
 - 1.1 Samenhang voorwaarden
- 2. Dekking**
 - 2.1 Omschrijving van de dekking
 - 2.2 Omvang van de dekking
- 3. Schade**
 - 3.1 Verplichtingen in geval van schade
 - 3.2 Betaling van de uitkering
 - 3.3 Repatriëring
 - 3.4 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Algemene voorwaarden

1. Definities

Administrateur

TAF BV

Postbus 4562

5601 EN EINDHOVEN

Telefoon: 040-707 38 90

E-mail: info@taf.nl

Internet: www.taf.nl

KvK nummer 28081869

AFM registratienummer 12019919

Arts

In Nederland:

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het specialistenregister of het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en die niet zelf de verzekerde is.

Buiten Nederland:

Iedere natuurlijke persoon in het betreffende land, die wettelijk bevoegd is om aldaar de geneeskunde uit te oefenen en daartoe ingeschreven is in een register dat vergelijkbaar is met het register in Nederland, dan wel, bij gebreke in het betreffende land van een dergelijk register, een functie uitoefent die vergelijkbaar is met een persoon die in Nederland bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen.

Atoomkernreactie

Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

Begunstigde(n)

De persoon of personen aan wie het verzekerd bedrag dient te worden uitgekeerd.

Bestaande ernstige ziekten

Ernstige ziekte waarvoor verzekerde medisch advies zocht of kreeg alsmede consultatie, onderzoek, diagnose of waarvoor behandeling nodig was, in de periode van minder dan 24 maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van deze verzekering.

Diagnose

De eerste vaststelling van de ernstige ziekte door een daartoe bevoegde arts.

Ernstige ziekte

Onder ernstige ziekte wordt binnen deze verzekering uitsluitend één van de drie hierna genoemde ziekten verstaan:

- **Beroerte:** cerebrovasculair accident (bloedig of onbloedig) met neurologische gevolgen/verschijnselen die langer dan 24 uur aanwezig blijven en leiden tot objectief aantoonbare permanente neurologische uitvalsverschijnselen.
- **Hartinfarct:** het acuut afsterven van een deel van de hartspier als gevolg van onvoldoende doorbloeding, zich manifesterend door langdurige pijn in de borst (angina pectoris), verse specifieke afwijkingen op het electrocardiogram en een passagère stijging van de hartenzym (CPK-MB, SGOT en LDH).
- **Kanker:** een kwaadaardige tumor, gekenmerkt door de ongecontroleerde groei en verspreiding van kwaadaardige cellen. Uitbreidingen: leukemie, ziekte van Hodgkin, Non-Hodgkin lymfomen en invasieve melanomen die dieper gaan dan 0,75 millimeter.

Fraude

Het opzettelijk en op oneigenlijke gronden en wijzen (trachten te) verkrijgen van een uitkering waarop op basis van de verzekering geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een verzekering onder valse voorwendselen.

Gebeurtenis

Elk voorval of een reeks van in oorzaak met elkaar verbandhoudende voorvallen waardoor een recht op uitkering ontstaat.

Ingangsdatum

De op het polisblad vermelde datum waarop de verzekering in werking treedt.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Molest

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Voor betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponneerd onder nummer 136/1981.

Ongeval

Een tijdens de looptijd van deze verzekering plotseling, onafhankelijk van de wil van verzekerde, uitwendig, onmiddellijk op hem inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van zijn of haar dood of lichamelijke invaliditeit, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig is vast te stellen. Onder een ongeval wordt tevens verstaan:

- a. het plotseling acuut en ongewild binnenkrijgen van voor de gezondheid schadelijke gassen, dampen of stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen), tenzij deze gewoonlijk als afval en/of lozingsproducten deel uitmaken van de buitenlucht ter plaatse van het ongeval;
- b. inwendig letsel aan de ogen, als dit plotseling en ongewild van buitenaf wordt toegebracht door voorwerpen of stoffen;
- c. besmetting of vergiftiging door ziektekiemen, als gevolg van een onvrijwillige val in water of in een andere (vloeibare) stof;
- d. het ontstaan van complicaties en verergeringen als gevolg van een behandeling, verricht door of op voorschrift van een bevoegd geneeskundige en wel voor zover deze behandeling noodzakelijk was geworden door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
- e. het ontstaan van wondinfectie en de daaruit voortvloeiende gevolgen en bloedvergiftiging door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
- f. bevriezing, zonnesteek, verdrinking of verstikking;
- g. letsel, dood of aantasting van de gezondheid, opzettelijk en tegen de wil van verzekerde door een ander veroorzaakt, met uitzondering van zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn of haar voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

- h. verhongering, verdorping, uitputting en zonnebrand, ontstaan als gevolg van overstroming, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
- i. verrekking en scheuring van spieren en weefsels, ontwrichting of verstuiking;
- j. miltvuur, koepokken, mond- en klauwzeer, trichophytie (ringvuur), ziekte van Bang en sarcopteschurft.

Overmatig alcoholgebruik

Alcoholgebruik waardoor het alcoholpercentage in het bloed minstens 0,5 promille is. Bij beginnende bestuurders mag dit promillage de eerste vijf jaar na het ontvangen van het rijbewijs niet de 0,2 promille overschrijden.

Polis

Het polisblad, de algemene voorwaarden, de van toepassing verklaarde bijzondere voorwaarden en de van toepassing verklaarde clausules en de polisaanhangsels.

Thuisherstel

De periode, aansluitend op de ziekenhuisopname, waarin verzekerde herstelt van de ernstige ziekte.

Verzekeraar

ACE European Group Limited,

Nederlands bijkantoor:

Marten Meesweg 8-10
3068 AV Rotterdam
KvK Rotterdam: 24353249

Hoofdkantoor:

100 Leadenhall Street
London EC3A 3BP, Verenigd Koninkrijk
Company Number: 1112892.
PRA registration number in de UK: 202803.

TAF BV treedt op als gevolmachtigde namens de verzekeraar.

Verzekerde

De op het polisblad genoemde natuurlijke persoon. Deze persoon woont gedurende de (gehele) verzekeringsperiode enkel in Nederland en staat ingeschreven in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA).



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Verzekeringnemer

De (rechts-)persoon die de verzekering sluit of diens rechtsoptvolger(s).

Wachttijd

De periode, ingaande op de ingangsdatum van de verzekering, waarin er geen uitkering volgt indien een gedekt risico zich binnen deze periode voordoet.

Ziekenhuis

In Nederland:

een door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ingevolge de Wet Toelating Zorginstellingen, aangewezen inrichting voor gezondheidszorg.

Buiten Nederland:

een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkende inrichting.

Voor zowel in als buiten Nederland geldt dat er sprake dient te zijn van een inrichting welke:

- a. hoofdzakelijk is bedoeld en ingericht voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken en gewonden;
- b. patiënten alleen door of onder supervisie van een arts laat opnemen en behandelen;
- c. over voldoende faciliteiten beschikt voor medische diagnose en behandeling.

Niet als een ziekenhuis wordt onder andere aangemerkt:

- d. een inrichting voor geestelijk gestoorden;
- e. een inrichting voor psychiatrische behandeling;
- f. een geriatrie inrichting;
- g. een inrichting voor drugs- of alcoholverslaafden;
- h. een gezondheidsinstituut of een instituut voor natuurlijke geneeswijze;
- i. een rust-, verzorgings- of verpleegtehuis;
- j. een revalidatiecentrum.

Ziekenhuisopname

Het aantal dagen, inclusief de dag van opname en ontslag, dat verzekerde is opgenomen in het ziekenhuis als patiënt voor één en dezelfde ernstige ziekte. Alle aaneengesloten dagen voor dezelfde ernstige ziekte worden beschouwd als één ziekenhuisopname. Als verzekerde uit het ziekenhuis is ontslagen en daarna voor dezelfde ernstige ziekte weer in het ziekenhuis wordt opgenomen, dan geldt dit als een nieuwe ziekenhuisopname.

Ziekte

Iedere verslechtering van de gezondheidstoestand, ontstaan na de ingangsdatum van deze verzekering, en vastgesteld door een bevoegde arts zoals omschreven in dit artikel.

2. Strekking van de verzekering

2.1 Uitkering bij ernstige ziekte (Rubriek 1)

De verzekering waarop de voorwaarden van toepassing zijn, heeft tot doel het de op het polisblad omschreven verzekerde bedragen bij rubriek 1 uit te keren indien er sprake is van een ernstige ziekte zoals omschreven in de voorwaarden in artikel 1, ongeacht of verzekerde, inzake inkomstenderving of kosten ten gevolge van het optreden van de ernstige ziekte, rechten kan doen gelden op uitkering(en) op grond van andere verzekeringen.

2.2 Uitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval (Rubriek 2)

Deze verzekering waarop de voorwaarden van toepassing zijn, heeft tot doel om het op het polisblad omschreven verzekerd bedrag bij rubriek 2 eenmalig uit te keren indien de verzekerde door een ongeval blijvend invalide raakt.

2.3 Uitkering bij overlijden (Rubriek 3)

Deze verzekering waarop de voorwaarden van toepassing zijn, heeft tot doel om het op het polisblad omschreven verzekerd bedrag bij rubriek 3 eenmalig uit te keren indien de verzekerde door een ongeval overlijdt.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

3. Grondslag van de verzekering

- 3.1 De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, ondermeer in het aanvraagformulier, gezondheidsverklaring(en), keuringsrapporten en de eventuele daarna door of namens de verzekerde gedane mededelingen en verstrekte opgaven aan de verzekeraar, vormen de grondslag van de verzekering en worden geacht daarmee één geheel uit te maken. De verzekeringnemer dient de verzekeraar, voorafgaande aan het sluiten van de verzekering, in kennis te stellen van alle feiten waarvan hij kennis heeft of zou moeten hebben en waarvan hij weet of had moeten begrijpen dat daar de beslissing van de verzekeraar of deze bereid is om de verzekering te sluiten, en zo ja, onder welke voorwaarden, van afhangt of van af kan hangen (wettelijke mededelingsplicht).
- 3.2 Ingeval voornoemde inlichtingen en/of verklaringen in enig opzicht verkeerd of onwaarachtig blijken te zijn, alsmede in geval van schending van de mededelingsplicht als bedoeld in artikel 928 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, heeft de verzekeraar het recht de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met onmiddellijke ingang op te zeggen. Indien op dat moment een gedekt risico zich reeds heeft verwezenlijkt, dan bestaat er geen recht op uitkering indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet of niet op dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten.

- 3.3 Indien blijkt dat niet aan de wettelijke mededelingsplicht is voldaan, kan de verzekeraar de verzekering met terugwerkende kracht wijzigen in een verzekering onder voorwaarden die gegeven het kennelijke risico voor de verzekeraar aanvaardbaar zijn. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met onmiddellijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar zich op dit artikel heeft beroepen.
- 3.4 Indien blijkt dat niet aan de wettelijke mededelingsplicht is voldaan, is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar de verzekering niet zou hebben aanvaard indien hij kennis zou hebben gehad van de daadwerkelijke feiten. Indien een achtergehouden feit zou hebben geleid tot een hogere premie of een lager verzekerd bedrag, wordt de uitkering pro rata gereduceerd. Indien een achtergehouden feit zou hebben geleid tot andere voorwaarden, zal slechts de uitkering verschuldigd zijn die op basis van de andere voorwaarden in de verzekeringsovereenkomst zou zijn opgenomen.

4. Aanvang, duur en einde van de verzekering of dekking

- 4.1 Ingangsdatum
De verzekering gaat in per de datum die op het polisblad is vermeld.
- 4.2 Looptijd van de verzekering en opzegging
Deze verzekering wordt afgesloten voor de duur van een jaar en wordt vervolgens jaarlijks stilzwijgend verlengd. Na verloop van het eerste jaar is de verzekering maandelijks schriftelijk opzegbaar door verzekerde met inachtneming van een opzegtermijn van 1 kalendermaand. De verzekering kan door de verzekerde in geen geval met terugwerkende kracht worden beëindigd.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

4.3 Overige redenen einde van de verzekering

De verzekering of rubriek eindigt, onverminderd het elders in de voorwaarden bepaalde over beëindiging van de verzekering:

- a. bij opzegging door de verzekeraar wegens achterstand in premiebetaling, als bedoeld in artikel 11.1 onder c;
- b. indien de verzekeringnemer de polis binnen 30 dagen na afgiftedatum van het eerste polisblad retourneert aan de verzekeraar;
- c. voor de dekking in rubriek 2 en 3: aan het einde van het verzekeringjaar waarin de verzekerde 70 jaar wordt;
- d. voor de dekking in rubriek 1:
 - Indien de ingangsdatum van de verzekering voor de 40ste verjaardag van de verzekerde ligt, aan het einde van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde 67 jaar wordt;
 - Indien de ingangsdatum van de verzekering op of na de 40ste verjaardag van de verzekerde ligt, aan het einde van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde 65 jaar wordt;
- e. op de datum dat de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is en/of als zodanig niet meer is ingeschreven in de GBA;
- f. op de datum van het overlijden van de verzekerde;
- g. de dekking en daarmee de verplichting tot premiebetaling voor rubriek 1 eindigt indien na de eerste maal dat een ernstige ziekte zoals omschreven in artikel 1 wordt geconstateerd waarvoor de verzekeraar het verzekerd bedrag van rubriek 1 uitkeert.

5. Dekking

5.1 Omschrijving van de dekking

De verzekering biedt tijdens de looptijd de dekking die is omschreven in de bijzondere voorwaarden voor de gedekte rubrieken 1, 2 en/of 3.

5.2 Dekkingsgebied

De verzekering is 24 uur per dag van kracht over de gehele wereld.

5.3 Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is het 'Clausuleblad Terrorismedekking bij de NHT' van toepassing. Het Clausuleblad Terrorismedekking, het Protocol afwikkeling Claims en de Toelichting Protocol afwikkeling Claims kunt u raadplegen en downloaden via de website van het NHT, www.terrorismeverzekerder.nl. Ook kunt u het clausuleblad opvragen bij de verzekeraar.

6. Algemene uitsluitingen

Verzekeraar is in de volgende situaties niet tot uitkering gehouden indien de schade:

6.1 Opzet

is veroorzaakt door opzet of bewuste roekeloosheid of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft. Voor (zelf) vermindering, (zelf)moord of een poging daartoe door verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft bestaat geen dekking, ongeacht of die persoon bij het uitvoeren van zijn of haar voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is.

6.2 Misdrijf

plaatsvindt bij het door verzekerde opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe.

6.3 Waagstuk

plaatsvindt bij het door verzekerde ondernemen van een waagstuk waarbij het leven of lichaam op roekeloze wijze in gevaar wordt gebracht tenzij uit hoofde van het beroep van verzekerde het verrichten van dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was of geschiedt bij rechtmatige zelfverdediging, poging tot redding van mens, dier of zaken of tot afwending van een dreigend gevaar.

6.4 Alcohol en Genees- en genotmiddelen

het ongeval is veroorzaakt door overmatig alcoholgebruik of door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan overeenkomstig medisch voorschrift.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

- 6.5 Gevaarlijke sporten/snelheidswedstrijden plaatsvindt bij het deelnemen aan:
- een bergtocht zonder bevoegde gids tenzij gebruik wordt gemaakt van normale, voor het publiek toegankelijke paden of wegen. Bergexpedities en klettertochten blijven uitgesloten;
 - risicoverhogende sporten, waaronder in ieder geval worden verstaan bobsleeën, skispringen, ijshockey, boks- en rugbywedstrijden, bungy-jumpen, parachutespringen, paragliding/parapente alsmede survivaltochten of survivalachtige tochten;
 - een snelheidswedstrijd met motorrijtuigen, motorvoertuigen, bromfietsen, motorrijwielen of voorbereidingen hiervoor;
 - het beoefenen van sport als (neven)beroep.

- 6.6 Luchtverkeer plaatsvindt bij het deelnemen aan het luchtverkeer tenzij verzekerde een ongeval is overkomen tijdens het reizen als passagier in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig;

- 6.7 Molest wordt veroorzaakt door of ontstaat uit molest. Deze beperking geldt niet voor schade ontstaan binnen 14 dagen na het uitbreken van het molest indien de verzekerde of, ingeval van overlijden van verzekerde, de begunstigde kan aantonen dat hij door het molest werd verrast. In afwijking van hetgeen hiervoor is vermeld, is deze verzekering mede van kracht ten aanzien van ongevallen rechtstreeks veroorzaakt door of ontstaan uit wederrechtelijke vrijheidsberoving, gijzeling of kaping van een vervoermiddel, echter uitsluitend voor zover verzekerde zelf niet aan deze misdrijven deelneemt en voor zover het ongeval niet is veroorzaakt door of ontstaan uit de in artikel 1 genoemde molestgebeurtenissen.

- 6.8 Atoomkernreactie wordt veroorzaakt door, optreedt bij, of voortvloeit uit een atoomkernreactie onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet als de atoomkernreactie of ioniserende straling in verband staat met een door een arts voorgeschreven behandeling ten gevolge van een ongeval waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op vergoeding bestaat.

- 6.9 Onder invloed zijn als bestuurder wordt veroorzaakt doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelmende, verdoovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, mits het alcohol percentage in zijn of haar bloed hoger is dan toegestaan volgens de wet van het land waar het ongeval heeft plaatsgevonden.

- 6.10 Medische behandeling letsel of overlijden veroorzaakt door een door verzekerde ondergane medische behandeling, tenzij deze rechtstreeks verband houdt met een eerder door verzekerde overkomen ongeval waarvoor dekking is.

- 6.11 Bestaande conflicten en vrijwillige deelname aan een staking of manifestatie schade die het gevolg is van agressie en geweld die samenhangt met een reeds vóór die geweldpleging en/of bedreiging met fysiek geweld bestaand conflict tussen de verzekerde en de geweldpleger, hetzij in de privésfeer hetzij in de zakelijke sfeer (m.u.v. een conflict met de geweldpleger in diens hoedanigheid van klant), of die plaatsvindt tijdens de vrijwillige deelname van de verzekerde aan een evenement zoals een staking of manifestatie.

7. Begunstiging

- 7.1 De uit hoofde van de verzekering door verzekeraar verschuldigde verzekerde bedragen zullen worden uitgekeerd volgens de volgende begunstiging:
1. verzekerde;
 2. echtgenoot, echtgenote of geregistreerd partner van de verzekerde ten tijde van het overlijden;
 3. diegene(n), die door de verzekerde bij testament als begunstigde(n) bij overlijden is (zijn) aangewezen;
 4. erfgenamen: degenen die krachtens erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap, daaronder begrepen hun erfgenamen en rechtverkrijgenden onder algemene titel. Het onderlinge verdelen geschiedt in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn gerechtigd.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

- 7.2 Hoger genummerde begunstigen komen eerst in aanmerking indien alle lager genummerde begunstigen ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden. Gelijkgenummerde begunstigen komen gezamenlijk in aanmerking.
- 7.3 Indien een begunstigde overlijdt vóórdat een uitkering, waarvoor hij is aangewezen, opeisbaar wordt, gaat zijn of haar recht niet over op zijn of haar erfgenaam of rechtverkrijgende.
- 7.4 Indien twee of meer begunstigen gezamenlijk in aanmerking komen, is de verzekeraar slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.
- 7.5 Een begunstigde komt niet in aanmerking voor het ontvangen van de uitkering als begunstigde het risico met opzet of bewuste roekeloosheid teweeg heeft gebracht, of daaraan heeft meegewerkt, en de verzekeraar hiervan kennis heeft genomen.

8. Schade

- 8.1 Verzekeringnemer heeft het recht om het verzekerd bedrag op de polisvervaldatum te verhogen of te verlagen mits de verzekeraar instemt met het verzoek tot verhogen of verlagen van het verzekerd bedrag.
- 8.2 Verzekeringnemer heeft het recht om rubrieken op de polisvervaldatum te verwijderen of toe te voegen mits de verzekeraar hiermee instemt met het verzoek om een rubriek te verwijderen of toe te voegen.
- 8.3 Het verhogen van het verzekerd bedrag of het toevoegen van rubriek 1 is alleen mogelijk indien er geen sprake is of is geweest van behandeling voor een ernstige ziekte als omschreven in artikel 1.
- 8.4 Indien de wijziging een verhoging van het verzekerde maandbedrag of het toevoegen van een rubriek betreft, zijn de volledige polisvoorwaarden van toepassing op de verhoging, waarbij voor het verhoogde deel of de toegevoegde rubriek van het verzekerde bedrag uitdrukkelijk wordt gesteld dat de in deze voorwaarden genoemde ingangsdatum wordt vervangen door de wijzigingsdatum.

9. Premie

- 9.1 Voor de rubrieken 2 en 3 geldt in afwijking van artikel 4.1 dat, gedurende een periode van maximaal 1 maand te rekenen vanaf de datum dat de administrateur het aanvraagformulier heeft ontvangen, de verzekerde voorlopig gedekt is.
- 9.2 Op de voorlopige dekking zijn de voorwaarden, en in het bijzonder de algemene uitsluitingen zoals vastgelegd in de algemene en de bijzondere voorwaarden van rubriek 2 en 3 van toepassing.
- 9.3 De voorlopige dekking eindigt:
- op de ingangsdatum van de aangevraagde verzekering die op het polisblad staat vermeld;
 - indien de aangevraagde verzekering komt te vervallen of niet wordt geaccepteerd;
 - indien de verzekeraar schriftelijk over de beëindiging van de voorlopige dekking bericht aan de verzekeringnemer;
 - uiterlijk 1 maand na de datum dat de administrateur het aanvraagformulier voor de verzekering heeft ontvangen.

10. Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 10.1 Verjaringstermijn
Het recht op uitkering vervalt indien de schade niet binnen 3 jaar na de datum van de schadegebeurtenis bij de verzekeraar wordt gemeld.
- 10.2 Vervaltermijn
Indien verzekerde geen rechtsvordering heeft ingesteld binnen 3 jaar nadat verzekeraar schriftelijk aan verzekerde haar definitieve standpunt heeft medegedeeld de schade niet voor haar rekening te nemen, vervalt zijn of haar recht op schadevergoeding.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

10.3 Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook inbegrepen de door de verzekeraar gemaakte kosten ter vaststelling van de schade) zal worden teruggevorderd.

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

- a. er aangifte wordt gedaan bij de politie;
- b. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- c. de gemaakte (onderzoeks)kosten worden teruggevorderd;
- d. er een registratie plaatsvindt in het tussen maatschappijen gangbare waarschuwingssysteem.

- f. Een gebeurtenis gedurende de periode dat de dekking is geschorst en welke leidt tot een claim op basis van deze verzekering, is niet gedekt.

11.2 Premierestitutie

Indien er sprake is van jaarbetaling betaalt verzekeraar bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens een tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen van verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde, het niet verbruikte deel van de jaarpremie in hele maanden aan verzekeringnemer terug, onder aftrek van kosten.

11. Premie

11.1 Premiebetaling

- a. De premie is maandelijks of jaarlijks bij vooruitbetaling verschuldigd door automatische incasso. De premie dient uiterlijk binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, te zijn voldaan.
- b. De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat automatische incasso te allen tijde mogelijk is.
- c. Indien de verschuldigde premie, om welke reden dan ook, niet binnen 14 dagen na de premievervaldag wordt voldaan, heeft de verzekerde, na aanmaning, nog 14 dagen de tijd om alsnog aan zijn of haar verplichtingen te voldoen. Indien de premie inclusief kosten niet binnen deze termijn volledig aan de administrateur is voldaan, wordt de dekking automatisch vanaf de ingangsdatum geschorst totdat de premieachterstand volledig aan de administrateur is voldaan. Bovendien is de verzekeraar gerechtigd om de verzekering te beëindigen. Reeds betaalde premies zullen niet worden geretourneerd.
- d. Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten, welke door de verzekeraar worden gemaakt ter incasso van achterstallige premie-termijnen en de verschuldigde wettelijke rente, komen voor rekening van de verzekerde.
- e. Indien de betalingsachterstand wordt voldaan, wordt de dekking weer van kracht met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de premie door de administrateur is ontvangen.

12. Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 12.1 Indien een wijziging van een verzekeringsvoorschrift dit noodzakelijk maakt, of indien zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen die een tariefwijziging noodzakelijk maken, heeft de verzekeraar het recht de voor de verzekering geldende tarieven en/of voorwaarden 'en bloc' dan wel groepsgewijs te herzien. Onder verzekeringsvoorschrift wordt verstaan: hetgeen bij of krachtens wet is bepaald, alsmede een besluit van een toezichthouder. Onder uitzonderlijke omstandigheden worden verstaan: ontwikkelingen in het schadeverloop van de portefeuille van de verzekeraar en/of van dit specifieke product die aantoonbaar een zodanige verslechtering van de financiële positie van de verzekeraar tot gevolg hebben, dat een voortdurende ongewijzigde dekking van het risico niet van de verzekeraar kan worden verlangd.
- 12.2 De verzekeraar doet van de voorgenomen wijziging individueel mededeling aan de verzekeringnemer, dan wel - indien andere mogelijkheden redelijkerwijze ontbreken - door middel van een advertentie in een landelijk verschijnend dagblad.
- 12.3 Een dergelijke wijziging gaat in op een door de verzekeraar vastgestelde datum. Deze datum zal niet eerder zijn dan 30 dagen na verzending van de in artikel 12.2 bedoelde mededeling, tenzij ingevolge een verzekeringsvoorschrift een eerdere datum is voorgeschreven.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

12.4 De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren, indien deze aanpassing leidt tot premieverhoging en/of beperking van de dekking. Geen recht van weigering bestaat indien het een verplichte wijziging betreft, die het rechtstreekse en uitsluitend gevolg is van een verzekeringsvoorschrift.

12.5 Indien de verzekeringnemer van het in artikel 12.4 omschreven recht gebruik maakt, moet hij/zij de verzekeraar daarvan binnen 30 dagen, na de in artikel 12.2 bedoelde mededeling, schriftelijk in kennis stellen. In dat geval wordt de verzekering en een eventuele uitkering uit hoofde van deze verzekering met ingang van de in artikel 12.3 bedoelde datum waarop de wijziging ingaat beëindigd.

12.6 Heeft de verzekeringnemer geen gebruik gemaakt van het in artikel 12.4 omschreven recht, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. In dat geval wordt de verzekering voortgezet met toepassing van de nieuwe tarieven en/of voorwaarden.

13. Slotbepalingen

13.1 Nederlands recht

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

13.2 Klachtenprocedure

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van verzekeraar. Wanneer het oordeel van verzekeraar voor de verzekerde niet bevredigend is, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 3 552 248 (€ 0,10 p/min). Wanneer de verzekerde geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheid, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter in Nederland.

13.3 Privacyreglement

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten; ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector; voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan verzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de Gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl of via de site van de Nederlandse Vereniging van Banken www.nvb.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500) of bij de Nederlandse Vereniging van Banken (Postbus 3543, 1001 AH Amsterdam, 020-5502888).



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Bijzondere voorwaarden per rubriek

RUBRIEK 1 ERNSTIGE ZIEKTE

1. Algemeen

1.1 Samenhang voorwaarden

Deze Bijzondere voorwaarden voor de rubriek ernstige ziekte vormen een onlosmakelijk geheel met de Algemene voorwaarden van de TAF Ernstige ziekte en Ongeval polis. Ingeval van enig dispuut tussen deze Bijzondere voorwaarden en de Algemene voorwaarden, prevaleren deze Bijzondere voorwaarden.

2. Dekking

2.1 Omschrijving van de dekking

De verzekering komt tot uitkering als er bij de verzekerde sprake is van een ernstige ziekte zoals omschreven in de algemene voorwaarden in artikel 1, ongeacht of verzekerde, inzake inkomstenderving of kosten ten gevolge van het optreden van de ernstige ziekte, rechte kan doen gelden op uitkering(en) op grond van andere verzekeringen.

2.2 Omvang van de dekking

De uitkering per gedekte gebeurtenis verleend op grond van deze rubriek bedraagt maximaal de verzekerde bedragen genoemd op het polisblad bij rubriek 1.

3. Verplichtingen bij schade

3.1 Ingeval van diagnose van een ernstige ziekte, ziekenhuisopname als gevolg van een ernstige ziekte en een aansluitend thuisherstel, is verzekeringnemer of verzekerde verplicht hiervan zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 dagen na de diagnose van een ernstige ziekte, (de eerste dag van) de ziekenhuisopname als gevolg van een ernstige ziekte en een aansluitend thuisherstel, de verzekeraar in kennis te stellen. Wordt de aanmelding later gedaan dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan voor zover verzekeringnemer of verzekerde ten genoegen van verzekeraar kan aantonen dat er sprake is c.q. was van een gedekte ziekenhuisopname en dat de overschrijding van de termijn waarbinnen verzekeraar in kennis gesteld diende te worden is veroorzaakt door omstandigheden gelegen buiten de wil van verzekerde of verzekeringnemer.

3.2 Verzekerde is verplicht:

- a. alle door verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan verzekeraar of aan de door hem aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de omvang van de uitkering van belang kunnen zijn;
- b. zich herstel bevorderend te gedragen door tenminste de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
- c. zich desgevraagd op kosten van verzekeraar te laten onderzoeken door een door verzekeraar aan te wijzen arts.

Verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen bij het nakomen van de in dit artikel genoemde verplichtingen voor verzekerde.

3.3 Indien de verzekerde of een begunstigde één van deze verplichtingen niet nakomt, kan hij geen rechten aan deze rubriek van de polis ontleen voor zover de verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad of indien de niet-nakoming gedaan is met het opzet de verzekeraar te misleiden.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

4. Schade

4.1 Voor deze rubriek geldt een wachttijd, zoals omschreven in artikel 1 van de algemene voorwaarden, van 90 dagen vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

5. Uitkeringen

5.1 Bij de allereerste maal dat de diagnose van een ernstige ziekte zoals omschreven in artikel 1 van de algemene voorwaarden door een arts gedurende de looptijd van deze verzekering wordt vastgesteld, wordt het kapitaal zoals vermeld op het polisblad éénmalig aan verzekerde uitgekeerd.

5.2 Bij een door een arts voorgeschreven ziekenhuisopname voor behandeling van één van de ernstige ziekten, gedurende de looptijd van deze verzekering, zal de uitkering zoals vermeld op het polisblad voor elke ziekenhuisopnamedag uitgekeerd worden. In dat geval wordt de uitkering betaald tot een maximum van 180 dagen per opname.

5.3 Bij thuisherstel volgend op een ziekenhuisopname voor dezelfde ernstige ziekte, wordt de uitkering zoals vermeld op het polisblad uitgekeerd. Het aantal dagen voor thuisherstel is gelijk aan het aantal dagen dat verzekerde in het ziekenhuis opgenomen is geweest echter wordt uitgekeerd tot een maximum van 30 aaneengesloten dagen.

5.4 De uitkeringen worden betaald:

- vanaf de datum waarop de diagnose is gesteld door een bevoegd arts;
- vanaf de eerste dag van ziekenhuisopname (minstens 24 uur zonder onderbreking) voor de behandeling van een ernstige ziekte;
- vanaf de eerste dag van thuisherstel van een ernstige ziekte.

6. Uitsluitingen

6.1 Deze verzekering biedt geen dekking voor ernstige ziekte, die direct of indirect veroorzaakt is door:

- een vorm van huidkanker anders dan een maligne melanoom; of
- een infectie met het Human Immuno Deficiency Virus of ernstige ziekte veroorzaakt door Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Evenmin bestaat dekking voor:

- een bestaande ernstige ziekte zoals vermeld in artikel 1 van de algemene voorwaarden; of
- een ziekte die niet valt onder de definitie van ernstige ziekte in artikel 1 van de algemene voorwaarden.

6.2 Tevens keert de verzekering niet uit voor iedere ernstige ziekte, die direct of indirect veroorzaakt is door een vooraf bestaande ernstige ziekte, behalve als de verzekering op het moment waarop de diagnose wordt vastgesteld voor een periode van 24 aaneengesloten maanden van kracht was volgend op de ingangsdatum van deze verzekering. Als het verzekerde bedrag voor de verzekering op een moment verhoogd is, dan zal de verzekering het verhoogde bedrag niet uitkeren indien een ernstige ziekte direct of indirect veroorzaakt is door een vooraf bestaande ernstige ziekte, behalve als de verhoging op het moment waarop de diagnose wordt vastgesteld, al voor een periode van 24 aaneengesloten maanden van kracht was volgend op de dag waarop de verhoging inwerking is getreden of volgend op de dag waarop de opheffing van de schorsing van de verzekering, door uitblijven van betaling van de premie, heeft plaatsgevonden.

RUBRIEK 2 BLIJVENDE INVALIDITEIT

1. Algemeen

1.1 Samenhang voorwaarden

Deze Bijzondere voorwaarden voor de rubriek Blijvende invaliditeit vormen een onlosmakelijk geheel met de Algemene voorwaarden van de TAF Ernstige ziekte en Ongeval polis. In geval van enig dispuut tussen deze Bijzondere voorwaarden en de Algemene voorwaarden, prevaleren deze Bijzondere voorwaarden.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

2. Dekking

2.1 Omschrijving van de dekking

De verzekering komt tot uitkering als verzekerde uitsluitend aan de gevolgen van een ongeval blijvend invalide wordt binnen 3 jaar na het ongeval.

2.2 Omvang van de dekking

De uitkering per gedekte gebeurtenis verleend op grond van deze rubriek bedraagt maximaal het verzekerd bedrag genoemd op het polisblad bij rubriek 2. De onder artikel 2.3 genoemde kosten vallen niet onder dit maximum.

2.3 Aanvullende dekking

De volgende kosten worden vergoed naast de op grond van artikel 3.4 vastgestelde uitkering:

a. Plastische chirurgie

- Plastische chirurgie om de ten gevolge van een ongeval ontstane misvorming, mismaking of ontsiering te behandelen wordt alleen vergoed indien naar het oordeel van een plastisch chirurg een redelijke kans op verbetering of herstel daarvan bestaat. De kosten verband houdende met de operatie of poliklinische behandeling, de voorgeschreven medicamenten, verbanden en andere geneesmiddelen en de kosten van verpleging in het ziekenhuis worden vergoed mits deze behandeling plaatsvindt binnen 2 jaar na het ongeval;
- Deze vergoeding bedraagt maximaal 10% van het onder rubriek 2 verzekerde bedrag met een absoluut maximum van € 5.000,- per ongeval;
- Indien de bovenvermelde kosten geheel of gedeeltelijk door een andere verzekering zijn gedekt, dan wel indien een aansprakelijke derde tot vergoeding van die kosten verplicht is gesteld, bestaat op deze dekking geen aanspraak.

b. Thuiszorg

Wanneer een verzekerde als gevolg van een ongeval voor langer dan drie nachten in een ziekenhuis is opgenomen vergoedt de verzekeraar gedurende de opname of gedurende de daarop volgende week de eerste kosten voor thuiszorg naar de keuze van de verzekerde en bij de verzekerde thuis tot een maximum van € 200,-. Het bewijs van deze uitgave, alsmede een bewijs van de ziekenhuisopname moet aan de verzekeraar worden overlegd.

c. Ziekenhuisopname

Wanneer een verzekerde als gevolg van een ongeval in een ziekenhuis is opgenomen, betaalt de verzekeraar de verzekerde een vergoeding van € 65,- per opnamedag, tot een maximum van 30 dagen.

d. Coma

Wanneer een ongeval resulteert in een coma van de verzekerde, betaalt de verzekeraar de verzekerde een vergoeding van € 65,- per opnamedag, tot een maximum van 365 dagen. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding voor ziekenhuisopname.

e. Verbetering aan de woning

- In geval van blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval vergoedt de verzekeraar – indien noodzakelijk – aanpassingen in en om het huis zodat de verzekerde zelfstandig de dagelijkse handelingen kan blijven uitvoeren en in zijn of haar huis kan blijven wonen.
- De verzekeraar vergoedt de kosten voor dergelijke aanpassingen tot een maximum van € 5.000,-.
- Voorwaarde voor deze vergoeding is dat de verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven voor de aanpassingen, dat de aanpassingen de instemming van de behandelend arts van de verzekerde hebben en dat de verzekerde niet uit andere hoofde recht heeft op vergoeding van deze kosten.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

3. Schade

3.1 Verplichtingen in geval van schade

a. Meldingstermijn na een ongeval

Indien verzekerde door een ongeval wordt getroffen, zijn verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde(n) verplicht dit te melden binnen 3 maanden na het ongeval. Indien de melding later wordt gedaan, kan naar het oordeel van de verzekeraar toch recht op uitkering ontstaan, indien door verzekerde kan worden aangetoond dat:

- de verzekerde een gedekt ongeval is overkomen en hij zich direct na het ongeval onder medische behandeling van een bevoegd arts heeft gesteld;
- de blijvende invaliditeit het rechtstreeks gevolg is van dit ongeval;
- de gevolgen van dit ongeval niet door ziekte, kwaal of gebrekkigheid of een abnormale lichaams-/geestesgesteldheid zijn vergroot;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

De melding dient schriftelijk, telefonisch, per fax of per e-mail te geschieden. Een door verzekeraar te verstrekken schadeaangifteformulier dient zo spoedig mogelijk ingevuld en ondertekend te worden ingezonden.

b. Verplichtingen na een ongeval

De verzekerde is, op straffe van verval van recht op uitkering, verplicht:

- zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen;
- al het mogelijke te doen om zijn of haar herstel te bevorderen door tenminste de voorschriften van behandelend geneeskundigen op te volgen;
- alle medewerking te verlenen ter vaststelling van de mate van invaliditeit, zoals het meewerken aan een geneeskundig onderzoek.

Aan de verzekeraar is het recht voorbehouden de administratie van verzekeringnemer in te zien, ter verificering van de verstrekte gegevens. Verzekerde en/of begunstigden kunnen geen rechten ontlenen, indien zij één of meer van deze verplichtingen niet zijn nagekomen en voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad.

c. Na het ongeval dienen zo snel mogelijk de meest noodzakelijke geneeskundige zorgen te worden verkregen.

d. De verzekerde en de begunstigde(n) zijn verplicht alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen, alsmede de door de verzekeraar aangestelde artsen toe te laten de gewenste onderzoeken te verrichten.

e. Voorts zijn de verzekerde en de begunstigde(n) verplicht geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op zijn of haar uitkering.

3.2 Bijzondere verplichting in geval van opname in een ziekenhuis

In geval van opname in een ziekenhuis dient vooraf of, zo dit onmogelijk is, binnen een week na opname telefonisch contact te worden opgenomen met verzekeraar, zodat deze in overleg met verzekerde of zijn of haar vertegenwoordiger, de behandelend arts en eventueel ook de huisarts, die maatregelen kan treffen, welke het belang van verzekerde het beste dienen.

3.3 Niet nakoming verplichtingen

Indien de verzekerde of een begunstigde één van deze verplichtingen niet nakomt, kan hij geen rechten aan deze rubriek van de polis ontlennen voor zover de verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad of indien de niet-nakoming gedaan is met het opzet de verzekeraar te misleiden.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

3.4 Vaststelling van de hoogte van de uitkering bij blijvende invaliditeit

In geval van Blijvende Invaliditeit (rubriek 2) geldt dat:

- a. de mate van blijvende invaliditeit c.q. het percentage functieverlies vastgesteld zal worden door een, door de medisch adviseur van de verzekeraar te benoemen, geneeskundige;
- b. de bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van the American Medical Association (A.M.A) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging;
- c. de uitkering wordt bepaald door het percentage functieverlies van het lichaam te vermenigvuldigen met de maximale uitkering voor Rubriek 2 zoals vermeld op het polisblad. Ter zake van een ongeval wordt bij blijvende invaliditeit in totaal maximaal het verzekerde bedrag voor Rubriek 2, zoals vermeld op het polisblad uitgekeerd;

d. Gliedertaxe

De uitkeringspercentages bij volledig (functie) verlies van:

Hoofd:	Uitkeringspercentage:
Beide ogen	100%
Eén oog	50%
Het gehele gehoorvermogen	60%
Het gehoorvermogen van één oor	25%
Eén oorschelp	5%
Het spraakvermogen	50%
De geur of smaak	5%
De neus	10%
Inwendig orgaan:	
De milt	10%
Een nier	20%
Een long	30%
Ledematen:	
Beide armen	100%
Beide handen	100%
Beide benen	100%
Beide voeten	100%
Eén arm of hand en één been of voet	100%
Arm in schoudergewricht	80%
Arm in ellebooggewricht	75%
Hand in polsgewricht	70%
Eén duim	25%

Eén wijsvinger	15%
Eén middelvinger	12%
Eén van de overige vingers	10%
Eén been of voet	70%
Eén grote teen	10%
Eén van de andere tenen	5%

- e. wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van één of meer van de hierboven vermelde gliedertaxe benoemde lichaamsdelen of organen, wordt het uitkeringspercentage naar evenredigheid met de hiervoor vermelde percentages vastgesteld;
- f. bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van méér lichaamsdelen of organen worden de percentages opgeteld tot een maximum van 100%;
- g. bij verlies of blijvende onbruikbaarheid van verschillende vingers van een hand wordt in totaal nooit meer uitgekeerd, dan hetgeen op grond van deze verzekering uitgekeerd zou zijn bij verlies of blijvende functiebeperking van een hand;
- h. Whiplash
Ten aanzien van acceleratie/deceleratie trauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het postwhiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerde bedrag wordt uitgekeerd.
Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuronpsychologisch testen of vestibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%;
- i. Motorrijden
behalve andersluidende bepaling op het polisblad worden de verschuldigde sommen met de helft verminderd bij ongeval als gevolg van het gebruik als bestuurder of passagier van een motorfiets met een cilinderinhoud van meer dan 50cc;
- j. bij de vaststelling van de mate van invaliditeit zal geen rekening worden gehouden met het beroep van verzekerde ten tijde van het ongeval;
- k. indien een reeds bestaande vorm van invaliditeit van verzekerde door een ongeval wordt verergerd, zal de vastgestelde mate van blijvende invaliditeit na het ongeval worden verminderd met de reeds voor het ongeval bestaande mate van invaliditeit;



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

- l. vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit vindt plaats uiterlijk 3 jaar na de melding van het ongeval of zoveel eerder als een blijvende toestand van invaliditeit is komen vast te staan. Indien evenwel 2 jaar na de melding van het ongeval nog geen uitkering wegens blijvende invaliditeit heeft plaatsgehad, dan vergoedt de verzekeraar de wettelijk rente, te beginnen 2 jaar na de melding van het ongeval over het bedrag dat uiteindelijk ter zake van blijvende invaliditeit zal zijn verschuldigd. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan. De hierboven genoemde rente is evenwel niet meer verschuldigd nadat de verzekeraar een voorschot op de uitkering ter zake van blijvende invaliditeit ter beschikking heeft gesteld;
- m. bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt nimmer rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval, c.q., op het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel c.q. blijvende invaliditeit, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit tot gevolg kunnen hebben;
- n. indien verzekerde binnen 3 jaar na het ongeval overlijdt (doch niet als gevolg van het bedoelde ongeval of als gevolg van een ander ongeval, waarvoor door de verzekeraar uitkering zal worden verleend) terwijl de uitkering voor blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, dan zal uitkering worden verleend op basis van de mate van invaliditeit welke met inachtneming van 3 jaar na het ontstaan van het ongeval, redelijkerwijs te verwachten zou zijn geweest, indien verzekerde in leven was gebleven;
- o. de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit zal in Nederland plaatsvinden, ook al is een verzekerde na het ongeval naar het buitenland vertrokken, of was deze ten tijde van het ongeval in het buitenland. De verzekerde zal in dat geval op eigen kosten naar Nederland (terug) dienen te komen ter vaststelling van de definitieve mate van blijvende invaliditeit. Voldoet verzekerde hier niet aan, dan vervalt daarmee zijn of haar recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

3.5 Mate van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval wordt vastgesteld zodra naar medisch oordeel sprake is van een onveranderlijke toestand, doch uiterlijk binnen 3 jaar na melding van het ongeval. Na deze periode zal de mate van blijvende invaliditeit worden bepaald op basis van de aldan bestaande invaliditeit, waarbij uitdrukkelijk wordt bepaald, dat nadien optredende wijzigingen geen aanleiding kunnen vormen om aanspraken te doen op aanvullende uitkeringen. De door de verzekeraar te betalen uitkering wordt bepaald met inachtneming van het bepaalde in artikel 3.4 van deze rubriek.

RUBRIEK 3 OVERLIJDEN

1. Algemeen

1.1 Samenhang voorwaarden

Deze Bijzondere voorwaarden voor de rubriek Overlijden vormen een onlosmakelijk geheel met de Algemene voorwaarden van de TAF Ernstige ziekte en Ongeval polis. Ingeval van enig dispuut tussen deze Bijzondere voorwaarden en de Algemene voorwaarden, prevaleren deze Bijzondere voorwaarden.

2. Dekking

2.1 Omschrijving van de dekking

De verzekering komt tot uitkering als verzekerde uitsluitend aan de gevolgen van een ongeval overlijdt binnen 3 jaar na het ongeval.

2.2 Omvang van de dekking

De uitkering verleend op grond van deze rubriek bedraagt maximaal het verzekerd bedrag genoemd op het polisblad bij rubriek 3.



Polisvoorwaarden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

3. Schade

3.1 Verplichtingen in geval van schade

a. Meldingstermijn na een ongeval

Indien verzekerde door een ongeval wordt getroffen, zijn verzekeringnemer of begunstigde(n) verplicht dit te melden binnen 48 uur na het overlijden ten gevolge van een ongeval, doch in ieder geval vóór de crematie of begrafenis.

b. Verplichtingen na een ongeval

In geval van overlijden van verzekerde zijn de verzekeringnemer en de begunstigde(n) verplicht medewerking te verlenen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

c. De verzekerde en de begunstigde(n) zijn verplicht alle door de verzekeraar benodigde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen, alsmede de door de verzekeraar aangestelde artsen toe te laten de gewenste onderzoeken te verrichten en desgewenst in te stemmen met een lijkschouwing op kosten van de verzekeraar.

d. Voorts zijn de verzekerde en de begunstigde(n) verplicht geen feiten of omstandigheden te verzwijgen of onjuist voor te stellen die voor de vaststelling van het recht op zijn of haar uitkering. Indien de verzekerde of een begunstigde één van deze verplichtingen niet nakomt, kan hij geen rechten aan deze rubriek van de polis ontleen voor zover de verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad of indien de niet-nakoming gedaan is met het opzet de verzekeraar te misleiden.

3.2 Betaling van de uitkering

Bij overlijden als gevolg van een ongeval van een verzekerde binnen 3 jaar na een ongeval, keert de verzekeraar het voor hem verzekerde bedrag uit zoals vermeld op het polisblad bij rubriek 3. Heeft de verzekeraar ter zake van hetzelfde ongeval reeds uitkering verleend wegens blijvende invaliditeit (rubriek 2), dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden. Is de reeds verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit echter hoger dan de uitkering bij overlijden dan zal de verzekeraar het verschil niet terugvorderen.

3.3 Repatriëring

Indien een verzekerde ten gevolge van een ongeval, zoals omschreven in artikel 1 tijdens een verblijf buiten Nederland komt te overlijden, vergoedt de verzekeraar, aanvullend op het verzekerd bedrag bij overlijden als gevolg van een ongeval, de kosten van voor repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 5.000,-. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend in geval van gemaakte kosten van repatriëring, indien deze kosten niet krachtens enige andere verzekering of voorziening worden vergoed.

3.4 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling

Indien blijkt dat bij afwezigheid van begunstigde(n) de staat uitkeringsgerechtigd kan zijn, bestaat voor de verzekeraar geen plicht tot betaling.