



Persoonlijke ongevallenverzekering P002

Algemene voorwaarden

De door verzekeringnemer en verzekerde aan verzekeraar verstrekte inlichtingen, in welke vorm dan ook, zijn de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel te vormen.

Inhoudsopgave	1 Begripsomschrijvingen	Bijzondere voorwaarden Tijdelijke arbeids- ongeschiktheidsverzekering Rubriek C
	2 Dekking	1 Algemeen
	2.1 Omschrijving van de dekking	1.1 Samenhang voorwaarden
	2.2 Dekkingsgebied	2 Begripsomschrijving
	3 Uitsluitingen	3 Dekking
	4 Schade	3.1 Omschrijving van de dekking
	4.1 Verplichtingen in geval van schade	3.2 Omvang van de dekking
	4.2 Vaststelling van de hoogte van de uitkering	4 Schade
	4.3 Betaling van de uitkering	5 Duur van de dekking
	4.4 Repatriëring	Bijzondere voorwaarden Vergoedingskosten van geneeskundige behandeling Rubriek D
	4.5 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling	1 Algemeen
	4.6 Verjaringstermijn	1.1 Samenhang voorwaarden
	4.7 Vervaltermijn	2 Begripsomschrijving
	5 Premie	3 Dekking
	5.1 Premiebetaling	4 Schade
	5.2 Premieverrekening	
	5.3 Premierestitutie	
	6 Wijzigingen	
	6.1 Wijziging premie en/of voorwaarden	
	6.2 Wijziging van risico	
	6.3 Verzwaring van risico	
	7 Duur en einde van de verzekering	
	7.1 Duur van de verzekering	
	7.2 Einde van de verzekering	
	7.3 Einde van de dekking	
	8 Slotbepalingen	
	8.1 Samenloop voorwaarden	
	8.2 Geschillen	
Wet persoons- registraties	De bij de aanvraag van een verzekering en de eventueel nog nader te overleggen gegevens kunnen worden opgenomen in de door verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage ten kantore van verzekeraar.	
Nederlands recht	Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.	
Klachten- behandeling	<ul style="list-style-type: none">■ Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de klachtenbehandelaar van de verzekeraar, AXA Schade N.V., Postbus 30800, 3503 AP Utrecht, telefoon (030) 219 70 00.■ Wanneer het oordeel van de verzekeraar voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag, telefoon (070) 333 89 99.■ Wanneer u geen gebruik wilt maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of u vindt de behandeling of uitkomst hiervan niet bevredigend, kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.	

Artikel 1
**Begrips-
omschrijvingen**

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 Atoomkernreactie

iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit;

1.2 Begunstigde(n)

degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd zijn;

1.3 Blijvende invaliditeit

volgens objectieve maatstaven blijvend geheel of gedeeltelijk verlies van functie van enig deel of orgaan van het lichaam van verzekerde;

1.4 Molest

gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. Deze 6 vormen van molest, alsmede de definitie daarvan, vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 is gedeponeerd ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage;

1.5 Ongeval

een tijdens de verzekeringsduur plotseling, onafhankelijk van de wil van verzekerde, uitwendig, onmiddellijk op hem inwerkend geweld, dat rechtstreeks en uitsluitend de oorzaak is van zijn dood of zijn lichamelijke invaliditeit, mits de aard van het letsel objectief geneeskundig is vast te stellen;

1.6 Verzekeraar

de in de polis vermelde verzekeraar of diens gevolmachtigd agent;

1.7 Verzekerde

degene op wiens leven en/of gezondheid de verzekering wordt gesloten;

1.8 Verzekeringnemer

degene die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraar is aangegaan.

Artikel 2
Dekking

2.1 Omschrijving van de dekking

- a De verzekering komt tot uitkering als verzekerde door een ongeval, zoals omschreven in artikel 1.5:
- 1 overlijdt binnen 3 jaar na het ongeval;
 - 2 blijvend invalide wordt binnen 3 jaar na het ongeval.
- b Onder ongeval zoals omschreven in artikel 1.5 wordt tevens verstaan:
- het 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;
 - inwendig letsel aan de ogen, als dit ongewild van buitenaf wordt toegebracht door voorwerpen of stoffen;
 - besmetting of vergiftiging door ziektekiemen, als gevolg van een val in water of in een andere (vloeibare) stof;
 - 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;
 - het ontstaan van wondinfectie en de daaruit voortvloeiende gevolgen en bloedvergiftiging door een volgens deze verzekering gedekte gebeurtenis;
 - bevriezing, zonnesteek, verdrinking of verstikking;
 - letsel, dood of aantasting van de gezondheid, opzettelijk en tegen de wil van verzekerde door een ander veroorzaakt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 3.1;
 - verhogering, verdorsting, uitputting en zonnebrand, ontstaan als gevolg van overstroming, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
 - verrekking en scheuring van spieren en weefsels, ontwrichting of verstuing;
 - miltvuur, koepokken, mond- en klauwzeer, trichophytie (ringvuur), ziekte van Bang en sarcoptesschurft.

2.2 Dekkingsgebied

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

Artikel 3
Uitsluitingen

Verzekeraar is niet tot uitkering gehouden indien een ongeval:

3.1 Opzet

is veroorzaakt door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

3.2 Misdrijf

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

3.3 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;

3.4 Vechtpartij

plaatsvindt bij het door verzekerde deelnemen aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;

3.5 Genees- en genotmiddelen

plaatsvindt als gevolg van het gebruik door verzekerde van geneesmiddelen of bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;

3.6 Gevaarlijke sporten/snelheidswedstrijden

plaatsvindt bij het deelnemen aan:

- a een bergtocht zonder bevoegde gids tenzij gebruik wordt gemaakt van normale, voor het publiek toegankelijke paden of wegen. Bergexpedities en klettertochten blijven uitgesloten;
- b risicoverhogende sporten, waaronder in ieder geval worden verstaan sporten zoals bobsleeën, skispringen, ijshockey, boks- en rugbywedstrijden, parachutespringen en andere vormen van het zich verplaatsen in de lucht zoals delta- en drackenfeldervliegen;
- c een snelheidswedstrijd met motorrijtuigen, motorvoertuigen, bromfietsen, (motor)rijwielen of voorbereidingen hiervoor;

3.7 Luchtverkeer

plaatsvindt bij het deelnemen aan het luchtverkeer tenzij verzekerde een ongeval is overkomen tijdens het reizen als:

- a passagier in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig;
- b passagier van een zweefvliegtuig mits de piloot voor de betreffende vlucht in het bezit is van het vereiste brevet;
- c piloot van een zweefvliegtuig mits de verzekerde voor de betreffende vlucht in het bezit is van het vereiste brevet. Uitgesloten blijft het vlieg risico in motor- en straalvliegtuigen als piloot, vlieg-instructeur, leerling-vlieger of bemanningslid;

3.8 Molest

wordt veroorzaakt door of ontstaat uit molest. Deze beperking geldt niet in het buitenland voor ongevallen ontstaan binnen 14 dagen na het uitbreken van het molest indien de verzekerde, of ingeval van overlijden van verzekerde de begunstigde(n) kan/kunnen 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 1.4 genoemde molestgebeurtenissen;

3.9 Atoomkernreactie

wordt veroorzaakt door, optredende bij, of voortvloeiende 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 tengevolge van een ongeval waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op vergoeding bestaat;

3.10 Onder invloed zijn als bestuurder

wordt veroorzaakt doordat verzekerde als bestuurder van een motorrijtuig onder invloed is van bedwelvende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen, waaronder alcoholhoudende drank, tenzij verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en het gebruik van genoemde middelen;

3.11 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.

Artikel 4 Schade

4.1 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 aan de verzekeraar te melden:

- 1 In geval van overlijden binnen 48 uur na overlijden tengevolge van een ongeval, doch in ieder geval vóór de crematie of begrafenis;
- 2 In geval van blijvende invaliditeit binnen 3 maanden na het ongeval. Indien de melding later wordt gedaan, kan naar het oordeel van de maatschappij toch recht op uitkering ontstaan, indien kan worden aangetoond dat:
 - de verzekerde een gedekt ongeval is overkomen;
 - 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 of per fax te geschieden.

Een door verzekeraar te verstrekken schade-aangifteformulier dient zo spoedig mogelijk ingevuld en ondertekend te worden ingezonden.

b *Verplichtingen na een ongeval*

- 1 Ingeval van overlijden van verzekerde zijn de begunstigten verplicht medewerking te verlenen ter vaststelling van de doodsoorzaak.
- 2 Ingeval van (blijvende) invaliditeit van verzekerde is deze verplicht om:
 - zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen;
 - al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen door tenminste de voorschriften van de behandelend geneeskundige te volgen;
 - alle medewerking te verlenen ter vaststelling van de mate van invaliditeit, zoals het meewerken aan een geneeskundig onderzoek.

Verzekerde kan geen rechten aan de polis onttelen, indien hij één of meer van deze verplichtingen niet is nagekomen en voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn geschaad.

4.2 Vaststelling van de hoogte van de uitkering

In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B) 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, tenzij het percentage van functionele invaliditeit terug te vinden is in de hieronder vermelde glijdertaxe.

c Bij volledig functieverlies van:

<i>Hoofd</i>	<i>Uitkeringspercentage</i>
Beide ogen	100%
Eén oog	50%
Het gehele gehoorvermogen	60%
Het gehoorvermogen van één oor	25%
Eén oorschelp	5%
Het spraakvermogen	50%
De reuk of de smaak	5%
De neus	10%
<i>Inwendig orgaan</i>	
De milt	10%
Een nier	20%
Een long	30%
<i>Ledematen</i>	
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%

d *Whiplash*

ten aanzien van acceleratie/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom waarbij sprake is van klachten evenwel zonder objectieve verschijnselen en waarbij verder wordt voldaan aan de criteria van het post-whiplash syndroom zoals opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, wordt bepaald dat hiervoor maximaal 5% van het verzekerd bedrag wordt uitgekeerd.

Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologisch testen of vestibulair onderzoek, zijn verkregen geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.

e Wanneer sprake is van een gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van één of meer van de in de hierboven vermelde gliedertaxe genoemde 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 Terzake van een ongeval wordt bij blijvende invaliditeit in totaal maximaal het verzekerde bedrag uitgekeerd.

h 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.

i In enig ander geval van blijvende invaliditeit dan in artikel 4.2.c en artikel 4.2.d omschreven, zal bij de vaststelling van de mate van invaliditeit géén rekening worden gehouden met het beroep ten tijde van het ongeval of, ingeval verzekerde hieraan de voorkeur geeft, kan de vaststelling van de mate van invaliditeit geschieden op basis van een beoordeling van de invloed van de invaliditeit op de werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van de verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden naar medisch oordeel van hem gevegd kunnen worden.

j Indien een reeds bestaande vorm van invaliditeit 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.

k 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 wettelijke rente, te beginnen 2 jaar na de melding van het ongeval over het bedrag dat uiteindelijk terzake 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 terzake van blijvende invaliditeit ter beschikking heeft gesteld.

l 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.

m 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 de verzekerde in leven was gebleven.

n 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 al 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 hieraan niet, dan vervalt daarmee zijn recht op uitkering, tenzij anders is overeengekomen.

4.3 Betaling van de uitkering

a *In geval van overlijden (rubriek A)*

Bij overlijden van de verzekerde binnen 3 jaar na een ongeval, keert de verzekeraar het voor hem verzekerde bedrag uit. Heeft de verzekeraar terzake van hetzelfde ongeval reeds uitkering verleend wegens blijvende invaliditeit, 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.

b *In geval van blijvende invaliditeit (rubriek B)*

De mate van blijvende invaliditeit 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 alsdan bestaande invaliditeit, waarbij uitdrukkelijk wordt bepaald, dat nadien optredende wijzigingen géén aanleiding kunnen vormen om aanspraken te doen op aanvullende uitkeringen.

4.4 Repatriëring

Indien een verzekerde tengevolge van een ongeval tijdens een verblijf buiten Nederland komt te overlijden, vergoedt de verzekeraar, boven het voor overlijden verzekerde bedrag, de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 5.000,-.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend ingeval van gemaakte kosten van repatriëring, indien deze kosten niet krachtens enige andere verzekering of voorziening worden vergoed.

4.5 Geen verplichting van verzekeraar tot betaling

Indien blijkt dat bij afwezigheid van begunstigden de staat uitkeringsgerechtigd kan zijn, bestaat voor de verzekeraar geen plicht tot betaling. Bovendien geldt dat elk recht op een uitkering vervalt indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde en/of de begunstigde(n) bij schade opzettelijk onjuiste of onvoldoende gegevens heeft/hebben verstrekt.

4.6 Verjaringstermijn

Het recht op uitkering vervalt indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen 5 jaar na de datum van het ongeval.

4.7 Vervaltermijn

Heeft de verzekeraar ten aanzien van een vordering van een rechthebbende uit de polis een definitief standpunt ingenomen, hetzij door het afwijzen van een vordering, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, dan vervalt na 1 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de rechthebbende of zijn/haar gemachtigde van dit standpunt kennis nam of had kunnen nemen, ieder recht ten opzichte van de verzekeraar ter zake van het schadegeval waarop de vordering was gegrond, tenzij verzekerde binnen die termijn het standpunt van de verzekeraar heeft aangevochten.

**Artikel 5
Premie**

5.1 Premiebetaling

- a Verzekeringnemer is verplicht premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.
- b Als verzekeringnemer het verschuldigde bedrag niet heeft betaald binnen 30 dagen na het eerste betalingsverzoek, eindigt de dekking op de eerste dag van de periode waarover het verschuldigde bedrag betaald dient te worden.
Verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde bedrag te betalen.
- c Tenzij verzekeraar de verzekering inmiddels heeft opgezegd, wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag door verzekeraar is ontvangen.

5.2 Premieverrekening

De premie wordt pro rata verrekend indien wijziging van het risico een premieverlaging of premieverhoging tot gevolg heeft.

5.3 Premierestitutie

Bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens kwade trouw van verzekeringnemer, betaalt verzekeraar pro rata de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is aan verzekeringnemer terug, onder aftrek van kosten.

**Artikel 6
Wijzigingen**

6.1 Wijziging premie en/of voorwaarden

Indien verzekeraar de premie en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort en bloc of groepsgewijs wijzigt, heeft verzekeraar het recht de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen 30 dagen na die datum schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum waarop de wijziging van kracht wordt.

6.2 Wijziging van risico

Indien verzekerde tijdelijk of blijvend een ander beroep of andere bezigheden gaat uitoefenen, dient hiervan zo spoedig mogelijk mededeling te worden gedaan aan de verzekeraar. Indien verzekeraar van oordeel is dat de wijziging een verlichting van risico inhoudt, dan wordt de premie verlaagd tot het voor het lichtere risico geldende tarief. Het premieverschil over het nog niet verstreken gedeelte van de verzekeringsduur wordt terug betaald.
Het vrijwillig in militaire dienst treden wordt als beroepsverandering beschouwd; de verzekeraar dient hiervan terstond in kennis te worden gesteld. Zolang de verzekerde verplicht in militaire dienst is, blijft deze verzekering van kracht, zulks met handhaving van de overige uitsluitingen voor het molest risico.

6.3 Verzwaring van risico

Is de verzekeraar van oordeel dat de wijziging een verzwaring van risico betekent, dan kan de verzekeraar:

- a hetzij een premieverhoging bedingen;
- b hetzij een verzekering met inachtneming van een opzegtermijn van 14 dagen beëindigen, met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie.

Gaat de verzekeringnemer niet akkoord met een premieverhoging, dan eindigt de verzekering met terugbetaling van het onverdiende deel van de premie.

Ongevallen, verzekerde overkomen voordat de verzekeraar van de wijziging in kennis is gesteld, geven - onverminderd het bepaalde in artikel 4.1 - recht op uitkering, mits de genoemde wijziging geen premieverhoging met zich meebrengt.

Maakt de wijziging echter een premieverhoging noodzakelijk, dan zullen alle verzekerde bedragen geacht worden te zijn verlaagd in dezelfde verhouding als de oorspronkelijke premie staat tot de nieuwe premie.

Het bepaalde in deze alinea is niet van toepassing ten aanzien van ongevallen, die geen verband houden met de risicoverzwaring, voortvloeiende uit de wijziging.

Betekent de wijziging een zodanige verzwaring van het risico voor de verzekeraar, dat daarvoor geen dekking kan worden verleend, dan zal uit hoofde van deze polis slechts uitkering plaatsvinden ter zake van ongevallen, die verzekerde niet in verband met zijn beroep of bezigheden zijn overkomen.

Artikel 7

Duur en einde van de verzekering

7.1 Duur van de verzekering

De verzekering is aangegaan voor een periode als op het polisblad omschreven en wordt geacht daarna telkens stilzwijgend te zijn voortgezet met de op het polisblad vermelde verlengingstermijn.

7.2 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt:

- a op de contractsvervaldag, indien ten minste 60 dagen voor deze dag de verzekering schriftelijk is opgezegd door verzekeringnemer, of door verzekeraar indien Rubriek C en/of D medeverzekerd is;
- b na schriftelijke opzegging door verzekeraar of verzekeringnemer binnen 30 dagen nadat verzekeraar onder deze verzekering een geclaimde schade heeft vergoed of afgewezen, waarbij een opzegtermijn van ten minste 14 dagen in acht dient te worden genomen;
- c op de dag van schriftelijke opzegging door verzekeraar, indien verzekeringnemer langer dan 60 dagen in gebreke is, premie, kosten en assurantebelasting te betalen;
- d als verzekeringnemer wijziging van premie en/of voorwaarden op grond van artikel 6.1 niet accepteert;

7.3 Einde van de dekking

De dekking eindigt:

- a aan het eind van het verzekeringsjaar waarin verzekerde 70 jaar is geworden;
 - b indien verzekerde ophoudt zijn daadwerkelijke woonplaats in Nederland te hebben;
 - c bij het overlijden van verzekerde.
-

Artikel 8

Slotbepalingen

8.1 Samenloop voorwaarden

In het geval dat de bijzondere voorwaarden en clausules afwijken van deze algemene voorwaarden, zijn de bijzondere voorwaarden en clausules bepalend voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst.

8.2 Geschillen

- a Geschillen voortvloeiende uit de verzekering zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter in Nederland, behoudens hogere voorziening, tenzij tussen partijen wordt overeengekomen op andere wijze tot overeenstemming te geraken.
- b Op verzoek van verzekeringnemer worden geschillen die betrekking hebben op de vaststelling van de mate van invaliditeit voorgelegd aan een arbiter of bindend adviseur. Deze zal in onderling overleg worden benoemd. De hieraan verbonden kosten zullen worden gedragen door verzekeraar. Als geen overeenstemming bereikt wordt zal hij worden benoemd door de president van een rechtbank in Nederland.

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid Rubriek C

PO02C

Bijzondere voorwaarden

Paragraaf 1 Algemeen	1.1 Samenhang voorwaarden Deze bijzondere voorwaarden vormen een onlosmakelijk geheel met de algemene voorwaarden PO02 en zijn alleen van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.
Paragraaf 2 Begrips-omschrijving	2.1 Tijdelijke arbeidsongeschiktheid De rechtstreeks door een ongeval ontstane tijdelijke, gehele of gedeeltelijke ongeschiktheid van verzekerde tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep.
Paragraaf 3 Dekking	3.1 Omschrijving van de dekking a De verzekering komt tot uitkering als verzekerde na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval tijdelijk arbeidsongeschikt wordt. b Onder ongeval wordt tevens verstaan: Lumbago (lendespit), tendovaginitis crepitans (krakende peesschede-ontsteking), epicondylitis humeri (tennisarm), coup de fouet (zweepslag), blaarvorming aan handen of voeten door wrijving tegen een hard voorwerp. In deze gevallen wordt slechts uitkering verleend voor een uitkeringsduur van ten hoogste vier weken. Hernia (ingewandsbreuk) gedurende maximaal drie weken. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding uit hoofde van rubriek C, voor zover de verzekerde ter zake van hernia een uitkering geniet op grond van een bij deze verzekeraar gesloten ziekengeldverzekering. Voorts geldt de beperking, dat aanspraak op vergoeding uit hoofde van rubriek C alleen bestaat ter zake van een operatieve behandeling welke verzekerde heeft ondergaan binnen een jaar nadat de eerste verschijnselen zich hebben gemanifesteerd. Hernia nuclei pulposi (tussenwervelschijfbreuk) waarvoor slechts eenmaal dekking bestaat en wel, gedurende maximaal drie weken. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding uit hoofde van rubriek C voorzover de verzekerde ter zake van hernia nuclei pulposi een uitkering geniet op grond van een bij deze verzekeraar gesloten ziekengeldverzekering. 3.2 Omvang van de dekking 1 a Indien verzekerde tijdelijk geheel ongeschikt is tot het verrichten van zijn beroepswerkzaamheden, keert verzekeraar het gehele voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid geldende verzekerde bedrag per dag uit. b Indien verzekerde tijdelijk gedeeltelijk ongeschikt is tot het verrichten van zijn beroepswerkzaamheden, keert verzekeraar een evenredig gedeelte van het voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid verzekerde bedrag per dag uit. 2 De mate waarin verzekerde in staat mag worden geacht zijn beroepswerkzaamheden uit te voeren, zal worden aangegeven door een controlerend geneeskundige, welke zal worden benoemd door de medisch adviseur van verzekeraar.
Paragraaf 4 Schade	4.1 Vaststelling van de uitkering a Het recht op uitkering bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid gaat in op de dag, volgend op die waarop verzekerde zich onder behandeling van een bevoegd geneeskundige heeft gesteld (met inachtneming van de eventuele, op het polisblad vermelde, wachttijd) en eindigt in elk geval op de dag, volgend op die waarop de geneeskundige behandeling is opgehouden, een blijvende toestand van invaliditeit is geconstateerd of verzekerde is overleden. De uitkering wordt verleend zolang de tijdelijke arbeidsongeschiktheid duurt. Ten hoogste wordt gedurende 2 jaar per ongeval uitgekeerd. b Een verleende uitkering voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt niet in mindering gebracht op eventuele andere uitkeringen, welke ter zake van hetzelfde ongeval uit hoofde van deze verzekering worden verleend. 4.2 Periodieke uitkering Indien uit de polis blijkt dat de uitkering periodiek zal zijn, geldt het volgende: ter zake van tijdelijke arbeidsongeschiktheid is verzekerd een van dag tot dag verkregen periodieke uitkering tot het in de polis vermelde verzekerde bedrag per dag. De uitbetaling van de door verzekeraar verschuldigd geworden termijnen geschiedt op de laatste dag van elke kalendermaand, met dien verstande, dat bij beëindiging van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden op de eerste werkdag na de dag waarop de beëindiging aan de verzekeraar bekend is geworden. 4.3 Niet periodieke uitkering Indien uit de polis blijkt dat de uitkering niet periodiek is, is de volgende bepaling van kracht: ter zake van tijdelijke arbeidsongeschiktheid is verzekerd een bij het einde van de arbeidsongeschiktheid verschuldigde som, waarvan de grootte wordt bepaald door het op het polisblad vermelde bedrag per dag te vermenigvuldigen met de in dagen uitgedrukte duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar is bevoegd op de verzekerde som voorschotten uit te betalen.
Paragraaf 5 Duur van de dekking	5.1 Duur van de dekking De dekking eindigt zodra de verzekerde ophoudt geheel of gedeeltelijk beroepswerkzaamheden uit te oefenen.

Vergoeding kosten van geneeskundige behandeling Rubriek D PO02D

Bijzondere voorwaarden

Paragraaf 1 Algemeen

1.1 Samenhang voorwaarden

Deze bijzondere voorwaarden vormen een onlosmakelijk geheel met de algemene voorwaarden PO02 en zijn alleen van toepassing indien dit op het polisblad is vermeld.

Paragraaf 2 Begrips- omschrijving

2.1 Geneeskundige kosten

Onder kosten van geneeskundige behandeling worden verstaan de medisch noodzakelijke kosten van genees- en heelkundige hulp, van vervoer naar een ziekenhuis, van verpleging in een ziekenhuis of door gediplomeerd verplegend personeel elders, van onderzoek, van medisch noodzakelijk geworden kunst- of hulpmiddelen, van genees- en verbandmiddelen, van aanschaf van door het ongeval nodig geworden prothesen, blindengeleidehond, rolstoel (al dan niet mechanisch voortgedreven) of van een invalidenlift.

Paragraaf 3 Dekking

3.1 Omschrijving van de dekking

- a Indien geneeskundige behandeling binnen 2 jaar na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval noodzakelijk wordt, worden de kosten van deze behandeling vergoed na overlegging van de gespecificeerde rekeningen. Deze kosten worden slechts vergoed, indien de rekeningen binnen 2 jaar nadat deze kosten zijn gemaakt, bij de verzekeraar zijn ingediend.
- b Onder ongeval wordt tevens verstaan:
Lumbago (lendespit), tendovaginitis crepitans (krakende peesschede-ontsteking), epicondylitis humeri (tennisarm), coup de fouet (zweepslag), blaarvorming aan handen of voeten door wrijving tegen een hard voorwerp.
In deze gevallen wordt slechts uitkering verleend voor een uitkeringsduur van ten hoogste vier weken.
In deze gevallen wordt slechts uitkering voor de kosten van geneeskundige behandeling en wel voor ten hoogste 1/5 van het onder rubriek D verzekerde bedrag verleend.
Hernia (ingewandsbreuk) tot ten hoogste 1/5 van het onder rubriek D verzekerde bedrag.
Voorts geldt de beperking, dat aanspraak op vergoeding uit hoofde van rubriek D alleen bestaat ter zake van een operatieve behandeling welke verzekerde heeft ondergaan binnen een jaar nadat de eerste verschijnselen zich hebben gemanifesteerd.
Hernia pulposi (tussenwervelschijfbreuk) waarvoor slechts eenmaal dekking bestaat en wel tot ten hoogste 1/5 van het hieronder verzekerde bedrag.

Paragraaf 4 Schade

4.1 Vaststelling van de uitkering

- a Tot een bedrag van € 250,- per element wordt onder kosten van geneeskundige behandeling eveneens vergoeding verleend voor een gebitsprothese, echter uitsluitend indien het natuurlijk gebit is beschadigd.
- b Kosten van geneeskundige behandeling worden niet vergoed indien en voor zover daarin reeds op andere wijze is voorzien. In het geval van een elders lopende verzekering geldt het onder deze polis verzekerde bedrag als excedent boven het elders verzekerde bedrag. Indien verzekerde is aangesloten bij een ziekenfonds, dan strekt het verzekerde bedrag zich uit tot vergoeding van de geneeskundige kosten welke niet door het ziekenfonds worden verstrekt.
- c Een vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling wordt niet in mindering gebracht op eventuele andere uitkeringen, welke terzake van hetzelfde ongeval krachtens deze verzekering worden verleend.