

Voorwaarden van ongevallenverzekering 50 D

Artikel 1

Ongeval is:

elke gebeurtenis waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten komende inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, waardoor hem in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht, mis dit letsel geneeskundig is vast te stellen.

Als ongeval wordt eveneens aangemerkt:

- verbranding, bevriezing, zonnesteek, etsing, verdrinking, verstikking door inademing van gassen of dampen of door het onvrijwillig binnenkrijgen van vloeibare of vaste stoffen waardoor inwendig letsel wordt veroorzaakt;
- bloedvergiftiging, wondinfectie en andere ziekten door het binnendringen van ziektekiemen in een door een ongeval veroorzaakt letsel, voor zover een ander geneeskundig is vast te stellen;
- besmetting door ziektekiemen als gevolg van een onvrijwillige val in het water of in een andere of vaste stof;
- acute vergiftiging door het binnenkrijgen van gassen, dampen en vloeibare of vaste stoffen. Het bepaalde in artikel 6 blijft echter onverminderd van kracht;
- vertilling, verrekking en verstuiking, alsmede weefselscheuring, voor zover een ander geneeskundig is vast te stellen;
- verhongering, verdorsting, alsmede uitputting, voor zover veroorzaakt door isolatie van de buitenwereld, bijvoorbeeld als gevolg van schipbreuk, noodlanding, instorting;
- complicaties en verergeringen die optreden bij de eerstehulpverlening of bij op verzekerde toegepast behandelingen echter uitsluitend voor zover deze behandelingen noodzakelijk zijn geworden als gevolg van een ongeval;
- schurft, trichophytie, miltvuur, koepokken, mond- en klauwzeer en ziekte van Bang;
- uitsluitend met betrekking tot rubriek C: wordt eveneens als ongeval aangemerkt: spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleulipulposi), Krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekking, zweeps slag (coup de fouet) en huidletsel aan handen en voeten als gevolg van wrijving tegen een hard voorwerp.

Levenslange invaliditeit is:

een geneeskundig vast te stellen, levenslange gehele of gedeeltelijke invaliditeit van enig lichaamsdeel of orgaan van de verzekerde(n), zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde(n).

Tijdelijke invaliditeit is:

tijdelijke volledige of gedeeltelijke, geneeskundige vast te stellen ongeschiktheid van de verzekerde(n) tot uitoefening van het in de polis genoemde beroep, respectievelijk tot met verrichten van de in de polis genoemde werkzaamheden.

Kosten van geneeskundige behandeling zijn:

alle kosten van geneeskundige behandeling die als rechtstreeks gevolg van een ongeval, redelijkerwijs dienen te worden gemaakt.

Artikel 2

De verzekering is van kracht over de gehele wereld.

Definities

Artikel 3

Recht op uitkering bij overlijden (Rubriek A)

In geval van overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval keert de verzekeraar het in de polis genoemde verzekerde bedrag uit. Indien het overlijden als gevolg van een ongeval plaatsvindt nadat de verzekeraar een uitkering in verband met levenslange invaliditeit heeft gedaan, zal aan de rechthebbende(n) het onder Rubriek A genoemde verzekerde bedrag worden uitgekeerd, verminderd met de uitkering die reeds onder Rubriek B ter zake van dezelfde ongeval werd gedaan.

Geen terugvordering zal plaatsvinden indien het onder Rubriek B uitgekeerde bedrag het onder Rubriek A uit te keren bedrag te boven gaat.

Recht op uitkering bij levenslange invaliditeit (Rubriek B)

Indien de verzekerde als gevolg van een ongeval levenslang geheel of gedeeltelijk invalide wordt, ontstaat er een recht op uitkering, met inachtneming van het bepaalde in de uitkeringsschaal. De vaststellen van de mate van invaliditeit vindt plaats zodra naar redelijkerwijs te voorzien is, de toestand van de verzekerde, welke het rechtstreekse gevolg is van het ongeval, vrijwel niet meer zal verbeteren of verslechteren, doch uiterlijk 2 jaar na het ongeval. De bepaling van het percentage (functie) verlies geschiedt door middel van een medisch onderzoek in Nederland volgens objectieve maatstaven (beroeps-werkzaamheden buiten beschouwing latend) en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A.).

Indien 1 jaar na het ongeval nog geen vaststelling van levenslange invaliditeit heeft plaatsgevonden, zal aan de verzekerde over het uit te keren bedrag wettelijke rente worden vergoed. Deze rente gaat in op de 366ste dag en zal gelijktijdig met de uitkering voldaan worden.

Uitkeringsschaal

De uitkering bedraagt een percentage van het voor levenslange invaliditeit verzekerde bedrag, zoals hierna is aangeven:

Bij algeheel verlies van de geestelijke vermogens	
Als gevolg van aantoonbaar hersenletsel	100%
Bij algehele verlamming	100%
Bij algeheel (functie) verlies van:	
Beide benen	100%
Beide armen	100%
Beide handen	100%
Beide voeten	100%
Eén arm of hand én één been of voet	100%
Arm in schoudergewricht	80%
Arm in ellebooggewricht	75%
Hand in polsgewricht	70%
Eén been of voet	70%
Duim	25%
Wijsvinger	15%
Middelvinger	12%
Ringvinger of pink	10%
Grote teen	10%
Elke andere teen	5%
Eén oog	50%
Beide ogen	100%
Het gehoorvermogen van één oor	25%
Het gehoorvermogen van beide oren	60%
Eén oorschelp	5%
De neus	10%

Verzekeringsgebied

Een nier	20%
De milt	10%
Een long	30%
Spraakvermogen	50%
Reuk of smaak	10%
Whiplash	max. 5%

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%.

Bij gedeeltelijk verlies zal een evenredig deel van het in de uitkeringsschaal aangegeven percentage worden uitgekeerd.

In gevallen van levenslange invaliditeit van de verzekerde, welke niet staan vermeld in de uitkeringsschaal, wordt uitgekeerd het percentage van het verzekerd bedrag dat gelijk is aan de mate van blijvend functieverlies, die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

Bij verlies van meer vingers van een hand door een of meer ongevallen zal nimmer meer worden uitgekeerd dan het voor de gehele hand vermelde percentage.

Bij verlies van meer lichaamsdelen of functies van organen door een of meer ongevallen zal nimmer meer worden uitgekeerd dan het onder Rubriek B genoemd bedrag.

Bij vaststelling van het percentage van levenslange invaliditeit wordt het door verzekerde uitgeoefende beroep buiten beschouwing gelaten. Mocht de verzekerde voor de vaststelling van de invaliditeit zijn overleden, dan is de verzekeraar geen uitkering ter zake van levenslange invaliditeit verschuldigd. Indien de verzekerde echter – anders dan door een ongeval – later dan 1 jaar na het ongeval overlijdt, keert de verzekeraar het bedrag uit dat hij naar redelijke verwachtingen wegens levenslange invaliditeit had moeten uitkeren, indien de verzekerde niet zou zijn overleden.

Recht op uitkering bij tijdelijke invaliditeit (Rubriek C)

Indien een verzekerde als gevolg van een ongeval geheel of gedeeltelijk ongeschikt is het in de polis genoemde beroep uit te oefenen, wordt er periodiek een uitkering gedaan van het onder Rubriek C verzekerde bedrag, met ingang van de dag waarop verzekerde zich in verband met het ongeval onder geneeskundige behandeling heeft gesteld.

In geval van gedeeltelijke tijdelijke invaliditeit wordt een evenredig deel van het onder Rubriek C verzekerde bedrag uitgekeerd.

De uitkering eindigt op de dag waarop verzekerde weer geschikt is zijn beroep uit te oefenen, er een uitkering plaatsvindt op grond van Rubriek B, of indien verzekerde overlijdt. De uitkering eindigt eveneens, indien de maximale uitkeringsduur van 730 dagen is bereikt.

Voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid als gevolg van de in artikel 1 sub i genoemde gebeurtenissen zal slechts per geval eenmaal gedurende de looptijd van de verzekering uitkering verleend worden tot een maximum van 21 dagen.

Vergoeding van geneeskundige kosten (Rubriek D)

Indien er als gevolg van een ongeval in de zin de polis behoefte bestaat aan geneeskundige hulp, zullen de kosten hiervoor tot maximaal het onder Rubriek D verzekerde bedrag door de verzekeraar worden vergoed.

Vergoeding van deze kosten zal geschieden tot uiterlijk 2 jaar na het ongeval.

Onder deze kosten worden uitsluitend verstaan de honoraria van artsen de kosten gemaakt voor: verbandmiddelen, door een arts voorgeschreven medicijnen, behandeling en verpleging in een ziekenhuis, medisch noodzakelijk vervoer, aanschaffing van door het ongeval noodzakelijk geworden prothesen, een invalidewagen of een blindengeleidehond.

Recht op vergoeding bestaat niet indien de kosten door een andere verzekering of voorziening worden gedekt, of zouden zijn gedekt indien deze verzekering niet stond.

Artikel 4

Progressieve uitkeringsschaal

De verzekeraar zal, indien dit uit een aantekening op de polis blijkt, het uitkeringspercentage als aangegeven in artikel 3 bij een levenslange invaliditeit van meer dan 25% verhogen tot de in het ontstaande overzicht aangeduide uitkeringspercentage.

A = invaliditeitsgraad

B = uitkeringspercentage

A	B	A	B	A	B
26	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

Artikel 5

Bestaande afwijkingen of ziekelijke toestand

Indien gevolgen van een ongeval, als gevolg van ziekelijke afwijkingen, gebrekkigheid of een abnormale lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van de verzekerde worden vergroot, is de verzekeraar gerechtigd bij de vaststelling van de uitkering uit te gaan van de ongeval gevolgen die redelijkerwijs te verwachten waren, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn. Indien de ziekelijke afwijkingen, gebrekkigheid of abnormale lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid verergerd is als gevolg van een ongeval, wordt hiermede geen rekening gehouden bij de vaststelling van de uitkering. In geval van reeds voor het ongeval bestaande invaliditeit zal de verzekeraar het verschil tussen de mate van invaliditeit voor zal en na het ongeval uitkeren.

Artikel 6

Uitsluitingen

De verzekeraar zal geen uitkering verlenen in de navolgende gevallen:

- vergiftiging als gevolg van overmatig gebruik van genees- en verdovende middelen, behouders het bepaalde in artikel 1 sub d;

- b) ongevallen als gevolg van het onder invloed zijn van alcoholhoudende dranken, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen;
- c) ongevallen ontstaan door opzet of met goedkeuring van de verzekeringnemer, de verzekerde of een begunstigde;
- d) ongevallen de verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc, dan wel indien daarvoor een kenteken is vereist, tenzij dit risico uitdrukkelijk is medeverzekerd;
- e) ongevallen bij een waagstuk, waarbij het leven of het lichaam bewust roekeloos in gevaar wordt gebracht, tenzij het verrichten van voornoemd waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter vervulling van de beroepsuitoefening van verzekerde, of werd verricht bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen van verzekerde zichzelf, anderen, dieren of goederen te redden;
- f) ongevallen als gevolg van het opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf, of een poging daartoe;
- g) ongevallen als gevolg van het verblijf in een gemotoriseerd vliegtuig, anders dan als passagier;
- h) ongevallen als gevolg van het voorbereiden tot of deelnemen aan, of het beoefenen van parachutespringen, deltavliegen, bergbeklimmen, snelheidswedstrijden met een racefiets, motorrijtuigen uitgezonderd de ritten waarbij het snelheidslement geen rol speelt en die geheel binnen Nederland worden gehouden;
- i) ingewandsbreuk;
- j) ongevallen verband houdende met de uitoefening van (semi) beroepssport;
- k) ongevallen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Genoemde vormen molest nader gedefinieerd in de tekst welke door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd. Indien de omstandigheden het aannemelijk maken dat het ongeval door een of meer van de bovengenoemde toestanden is ontstaan, bevorderd of verergerd zal de verzekeraar niet tot uitkering verplicht zijn tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde of de begunstigde(n) het tegendeel bewijst;
- l) 1) ongevallen veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevoeld uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.
2) de uitsluiting sub 1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruik worden, of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële commerciële landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen.
Onder "kerninstallatie" wordt verstaan een kerninstallatie in zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), alsmede een kerninstallatie aan boord van een schip.
3) voor zover krachten enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het gestelde sub 2 geen toepassing;
- m) ongevallen tijdens het gebruik van hout- of metaalbewerkingsmachines of cirkelzagen, tenzij deze machines buiten beroep of bedrijf worden gebruikt;
- n) psychische aandoeningen, van welke oorzaak ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van het door het ongeval ontstaan hersenletsel.

Artikel 7 Wijziging van beroep of werkzaamheden

Elke wijziging van beroep of werkzaamheden van de verzekerde dient terstond schriftelijk aan de verzekeraar te worden medegedeeld.

- a) Indien de wijziging van beroep of werkzaamheden naar inzicht van de verzekeraar:
 - 1 geen wijziging dan wel vermindering van het risico inhoudt, blijft de

verzekering ongewijzigd van kracht, eventueel tegen een aangepaste lagere premie;

- 2 een verzwaaring van het risico inhoudt en door de verzekeraar acceptabel wordt geacht, blijft de verzekering van kracht tegen aangepaste voorwaarden en/of verhoogde premie.
- b) Indien de wijziging van beroep of werkzaamheden van de verzekerde van dien aard is, dat een risico ontstaan dat de verzekeraar niet acceptabel acht, heeft dit tot gevolg, dat de verzekering uitsluitend van kracht blijft voor ongevallen de verzekerde buiten zijn beroep of werkzaamheden overkomen.
 - c) Indien de wijziging van beroep of werkzaamheden naar inzicht van de verzekeraar een verzwaaring van het risico inhoudt en niet schriftelijk aan de verzekeraar is medegedeeld, dan worden de rechten op uitkering uit deze verzekering, ter zake van ongevallen in beroep of tijdens werkzaamheden, verlaagd in de verhouding van de betaalde premie tot die welke voor het nieuwe beroep of de nieuwe werkzaamheden verschuldigd zou zijn.
 - d) Indien op grond van dit artikel de verzekering op voor verzekeringnemer minder gunstige voorwaarden wordt voortgezet, heeft hij het recht de verzekering tussentijds te beëindigen.

Artikel 8

Verplichtingen bij een ongeval

- a) De verzekeringnemer is verplicht:

- 1 de verzekeraar zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 14 dagen, kennis te geven van een ongeval waaruit een recht op uitkering wegens tijdelijke invaliditeit en/of kosten voor geneeskundige behandeling zou kunnen ontstaan;
- 2 de verzekeraar zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen kennis te geven van een ongeval waaruit recht op uitkering wegens levenslange invaliditeit zou kunnen ontstaan.
Na het verstrijken van deze termijn kan toch een recht op uitkering ontstaan indien de verzekerde kan aantonen dat de levenslange invaliditeit alleen en uitsluitend het gevolg is van het ongeval;
- 3 de verzekeraar zo spoedig mogelijk alle van belang zijnde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken;
- 4 er voor zorg te dagen dat de verzekerde:
 - de door de verzekeraar verlangde medewerking verleent, zoals zich te laten onderzoeken door een door verzekeraar ingeschakelde arts;
 - zich indien noodzakelijk onder geneeskundige behandeling stelt en/of blijft, alsmede de voorschriften van de behandelend arts(en) opvolgt;
 - desverlangd een schriftelijke en ondertekende verklaring omtrent de oorzaken toedracht aan de verzekeraar en toedracht aan de verzekeraar overlegt.

- b) De begunstigden zijn, in geval van overlijden van de verzekerde, verplicht de verzekeraar tenminste 48 uur voor de begrafenis of crematie van de ongeval gebeurtenis in kennis te stellen en onvoorwaardelijke sectie, zonodig na opgraving, toe te staan.
- c) Elk recht op uitkering vervalt, indien de verzekerde opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt of de hierboven vermelde verplichtingen niet of niet tijdig worden nagekomen.
- d) In elk geval verjaart een vordering tot het doen van een uitkering indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen 3 jaar na het moment waarop de verzekerde kennis kreeg of had kunnen krijgen van de gebeurtenis die voor de verzekeraar tot een verplichting tot uitkering kan leiden.

Artikel 9

Begunstiging

In geval van levenslange en tijdelijke invaliditeit zullen de uitkeringen aan de in de polis genoemde verzekerde(n) geschieden.

In geval van overlijden zal de uitkering geschieden aan de wettelijke erfgena-

men van de in de polis genoemde verzekerde(n), tenzij in polis een speciale begunstiging is opgenomen.

De staat der Nederlanden zal nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 10 Premie en voorwaarden

- a) De verzekeringnemer dient de premie en de kosten vooruit te betalen uiterlijk op de 30e dag nadat zij verschuldigd worden. Bij gebreke daarvan vervallen de verplichtingen van de verzekeraar met ingang van de eerste dag van de risicotermijn waarop deze verplichtingen betrekking hebben, zonder dat hiervoor een ingebrekestelling nodig is en onverminderd de betalingsverplichtingen van de verzekeringnemer. De verzekering wordt weer van kracht voor gebeurtenissen welke plaatsvinden na de dag waarop het verschuldigde door de verzekeraar is ontvangen. Onder het verschuldigde wordt in dit verband ook verstaan de eventuele rente en zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke invorderingskosten.
- b) Indien een voorschot premie is verschuldigd dient de verzekeringnemer telkens binnen drie maanden na afloop van enig verzekeringsjaar de voor de definitieve premievaststelling over dat jaar benodigde gegevens te verstekken, bij gebreke waarvan de verzekeraar gerechtigd is de definitieve premie naar redelijkheid vast te stellen. De verzekeraar heeft het recht de voorschotpremie aan te passen aan de definitieve premie over het voorafgaande verzekeringsjaar.
- c) In geval van beëindiging van de verzekering heeft de verzekeringnemer recht op restitutie van de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van kracht is. Dit recht komt de verzekeringnemer niet toe in geval van beëindiging wegens kwade trouw van de verzekeringnemer.
- d) Indien de verzekeraar de premie en/of voorwaarden voor verzekeringen als deze wijzigt, heeft hij het recht die gewijzigde premie en/of voorwaarden op deze verzekering toe te passen met ingang van de eerste premievervaldatum na de invoering van de wijziging(en).
Indien de verzekeringnemer niet binnen 30 dagen na deze mededeling de verzekering opzegt, dan wordt hij geacht met de herziening in te stemmen.

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

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

Artikel 11

Einde van de verzekering

a) De verzekering eindigt:

- 1 per de contractvervaldatum, indien door de verzekeringnemer aan de verzekeraar uiterlijk 3 maanden voor deze datum de verzekering schriftelijk is opgezegd;
 - 2 30 dagen nadat de verzekeraar de Voorwaarden van Verzekering en/of de premie overeenkomstig artikel 10 sub d heeft aangepast en de verzekeringnemer binnen deze termijn schriftelijk heeft bevestigd met de aanpassing niet akkoord te gaan.
Vindt de weigering van de verzekeringnemer plaats na de desbetreffende premievervaldatum, dan eindigt de verzekering op het tijdstip van de weigering;
 - 3 zodra de verzekerde niet meer in Nederland woont;
 - 4 indien de verzekerde bij een beroep op de polis met opzet een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - 5 om 24.00 uur op de laatste dag van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde de 70-jarige leeftijd bereikt;
 - 6 door het overlijden van de verzekerde;
 - 7 door schriftelijke opzegging door de verzekeraar, waartoe de verzekeraar het recht heeft indien verzekeringnemer in gebreke blijft de premie, de kosten en de assurantiebelasting tijdig te voldoen.
- b) De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen tegen een door hem te bepalen toekomstig tijdstip:
- 1 indien de verzekerde in ernstige mate blijvend invalide is of lijdt aan een slepende ziekte;
 - 2 indien de verzekerde 65 jaar of ouder is.

Artikel 12

Vervaltermijn

Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op schadevergoeding vervalt indien binnen 1 jaar na de schriftelijk meegedeelde definitieve beslissing van de verzekeraar tegen hem geen rechtsvordering is ingesteld.

Op de bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen gegevens is de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens verzekeringbedrijf' van toepassing. In de gedragscode worden de rechten en de plichten van partijen bij de gegevensverwerking aangegeven. Deze gedragscode kan worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars, gevestigd in 's-Gravenhage.

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing. Voor klachten naar aanleiding van de verzekeringsovereenkomst kunt u zich schriftelijk wenden tot de directie van Royal & SunAlliance Schadeverzekering N.V. en/of

- de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringbedrijf, Postbus 93560, 2509 AN 's-Gravenhage;

- de Ombudsman Schadeverzekering, Postbus 93560, 2509 AN 's-Gravenhage.