

Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Mij. N.V.

Collectieve Ongevallenverzekering

Polisvoorwaarden

Polismantel 405-76

Wegwijzer

zie artikel

● Het begrip ongeval	1
● Omvang van de dekking	2
● Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand	3
● Beperkingen van de uitkeringen	4
● Uitsluitingen	5
● Verplichtingen bij een ongeval	6
● Risicowijzigingen	7
● Premiebetaling	8
● Aanpassing van premie en voorwaarden	9
● Duur en einde van de verzekering	10
● Terugbetaling van premie	11

Artikel 1 Het begrip ongeval

Onder een ongeval in de zin van deze polis wordt verstaan:

I.
een ongeval, waarbij de verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten af op hem inwerkend geweld, waardoor hem in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht; aard en plaats van het letsel moeten geneeskundig kunnen worden vastgesteld;

II.
1. het van buiten af ongewild in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoorgangen geraken van stoffen of voorwerpen, waardoor inwendig letsel wordt toegebracht;
2. acute vergiftiging door het binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen met uitzondering van vergiftiging door het gebruik van genees- en genotmiddelen, alsmede van vergiftiging door ziektekiemen en allergenen in de ruimste zin, echter onverminderd het hier bepaalde onder 3, 4 en 6;
3. besmetting door ziektekiemen bevattende stoffen tengevolge van een onvrijwillige val in het water of in enig andere vloeibare of vaste stof;
4. wondinfectie, bloedvergiftiging en andere ziekten door het binnendringen van ziektekiemen in een door een ongeval ontstaan letsel, mits de aard en de plaats van het letsel zijn vast te stellen;
5. verstikking, verdrinking, zonnesteek en bevrozing;
6. letsel, dood of aantasting van de gezondheid opzettelijk door een ander veroorzaakt;
7. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een gelseleerd raken zoals bij schipbreuk, noodlanding en instorting;
8. complicaties en verergeringen optredende bij de eerste hulpverlening of bij op de verzekerde toegepaste behandelingen echter uitsluitend, indien deze behandelingen door een ongeval noodzakelijk zijn geworden en mits deze behandelingen zijn verricht door of op voorschrift van een arts;
9. verstuiking, ontwrichting en spierverscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen en zij in een ogenblik zijn ontstaan;
10. koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, schurft, trichophytie en ziekte van Bang;
11. ingewandsbreuk;
12. spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), spierversrekkingen, coup de fouët en huidletsel aan handen of voeten door wrijving tegen een hard voorwerp. Terzake van de onder 11 en 12 omschreven ongevallen zijn de uitkeringen beperkt (zie art 4).

Artikel 2 Omvang van de dekking

A. Bij overlijden

Indien de verzekerde door een ongeval overlijdt keert de maatschappij de voor overlijden verzekerde som uit. Op deze uitkering worden in mindering gebracht alle bedragen, die krachtens deze verzekering terzake van het ongeval wegens blijvende invaliditeit (B) zijn uitgekeerd.

B. Bij blijvende invaliditeit

Bij blijvende invaliditeit van de verzekerde tengevolge van een ongeval ontstaat recht op uitkering op het moment, dat de mate van blijvende invaliditeit, die voortvloeit uit alle gevolgen van het ongeval in zijn geheel kan worden vastgesteld. Geen recht op uitkering ontstaat derhalve, indien slechts een gedeelte van de invaliditeit is vast te stellen.

De vaststelling van de invaliditeit zal plaatsvinden op het moment, dat de toestand van de verzekerde, die het gevolg is van het ongeval – naar redelijkerwijs te voorzien is – vrijwel niet meer zal verbeteren of verslechteren, noch de dood tengevolge zal hebben. Mocht verzekerde voor de vaststelling van de invaliditeit zijn overleden, dan is de maatschappij geen uitkering terzake van blijvende invaliditeit verschuldigd. Indien de verzekerde echter – anders dan door het ongeval later dan een jaar na het ongeval overlijdt keert de maatschappij het bedrag uit, dat zij naar redelijke verwachtingen wegens blijvende invaliditeit had moeten uitkeren, ware de verzekerde niet overleden. Het bedrag, waarop de begunstigde recht heeft, wordt op de volgende wijze vastgesteld:

I. Vaste percentages

In de hierna genoemde gevallen stemt de uitkering overeen met de aldaar vermelde percentages van de verzekerde som.

Bij geheel verlies van:	rechts ¹⁾	links ²⁾
arm tot in het schoudergewricht	75%	65%
arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht	67 1/2%	57 1/2%
hand tot in het polsgewricht of arm tussen pols- en ellebooggewricht	60%	50%
been tot in het heupgewricht	70%	70%
been tot in het kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	60%	60%
voet tot in het enkelgewricht of been tussen enkel- en kniegewricht	50%	50%
andere dan grote teen	3%	3%
Bij blijvende gehele onbruikbaarheid van:		
arm, met inbegrip van de hand	75%	65%
hand alleen	60%	50%
been tot in het heupgewricht	70%	70%
voet tot in het enkelgewricht	50%	50%
Bij geheel verlies of blijvende onbruikbaarheid van:		
duim	25%	20%
wijsvinger	15%	12%
middelvinger	12%	10%
ringvinger of pink	10%	8%
grote teen	5%	5%
Bij het verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen	100%	
Bij het verlies van het gezichtsvermogen van één oog	30%	30%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het		
gezichtsvermogen van het andere oog	70%	70%
Bij gehele doofheid aan beide oren	50%	
Bij gehele doofheid aan één oor	20%	20%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens gehele doofheid aan het andere oor	30%	30%

1) bij linkshandige links, 2) bij linkshandige rechts.

³rechts- en linkshandig.

Is verzekerde zowel rechts- als linkshandig, dan gelden zowel voor rechts als voor links het gemiddelde van de percentages van voor rechts en voor links.

Bij gedeeltelijk verlies resp. gedeeltelijk blijvende onbruikbaarheid van de in artikel 2.B1 genoemde lichaamsdelen wordt een evenredig gedeelte uitgekeerd van het percentage, dat voor geheel verlies resp. gehele blijvende onbruikbaarheid is vastgesteld. Bij verlies en/of blijvende onbruikbaarheid van meer dan een vinger van een hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij het verlies van de gehele hand.

II. Andere gevallen van blijvende invaliditeit

In alle andere gevallen van blijvende invaliditeit van de verzekerde die niet gelijk zijn aan de gevallen hierboven onder I omschreven, is de uitkering gelijk aan het percentage van de verzekerde som (B) dat evenredig is aan:

- a. de mate van invaliditeit, waarbij geen rekening wordt gehouden met het beroep van de verzekerde, of – indien de verzekerde, wanneer hij recht op uitkering krijgt dit verkiest – :
- b. de mate van blijvende ongeschiktheid om zijn beroep uit te oefenen. Is verzekerde beter geschikt een eventueel ander hem in redelijkheid passend beroep uit te oefenen, dan heeft de maatschappij het recht voor de mate van blijvende invaliditeit van dat hem passend beroep uit te gaan.

III. Combinatie van gevallen genoemd in I en II

Indien een ongeval verschillende letsels tot gevolg heeft en een of meer letsels vallen onder de omschrijving van 1, dan wordt voor die letsels de blijvende invaliditeit aan de hand van I vastgesteld en voor de overige letsels aan de hand van II.

IV. Maximum uitkering

Terzake van een of meer ongevallen wordt in totaal niet meer dan het onder B verzekerde bedrag uitgekeerd.

V. Rente na één jaar

Is, nadat één jaar na het ongeval is verlopen, nog geen blijvende invaliditeit vastgesteld, dan vergoedt de maatschappij over het bedrag, dat wegens blijvende invaliditeit zal worden uitgekeerd een rente van 6% 's jaars, tegelijk met de uitkering te voldoen, evenwel met inachtneming van het hier onder C I bepaalde. Deze rente gaat dan in op de 366e dag na het ongeval en indien er geen C uitkeringen terzake van het ongeval worden verricht op de dag, dat de maatschappij er kennis van kreeg, dat het ongeval naar redelijkerwijs te verwachten was tot blijvende invaliditeit zou leiden echter niet eerder dan de 366e dag na het ongeval.

C. Bij tijdelijke ongeschiktheid

Indien de verzekerde tengevolge van een ongeval geheel of gedeeltelijk ongeschikt is zijn beroep uit te oefenen, keert de maatschappij, zolang de ongeschiktheid voortduurt de overeengekomen som geheel resp. een evenredig deel daarvan uit.

De uitkeringstermijn gaat in op de dag, dat de verzekerde zich onder behandeling van een arts heeft gesteld en hij tevens ongeschikt is zijn werk te doen. De uitkeringstermijn eindigt op de dag, dat de verzekerde weer geschikt is zijn beroepsbezigheden te verrichten, een recht op een uitkering wegens blijvende invaliditeit ontstaat of hij overlijdt.

Terzake van tijdelijke ongeschiktheid is verzekerd een

van dag tot dag verkregen wordende periodieke uitkering tot de in deze polis vermelde dagbedragen. De uitbetaling van de door de maatschappij verschuldigde termijnen geschiedt na elke periode van een maand met dien verstande, dat bij beëindiging van de tijdelijke ongeschiktheid de uitbetaling zal geschieden op de dag, volgend op die, waarop die beëindiging aan de maatschappij is bekend geworden.

I. Samenloop met rente

Heeft de verzekerde tevens recht op een vergoeding van rente zoals hiervoren omschreven onder B, V dan wordt deze rente slechts uitgekeerd voorzover het rentebedrag hoger is dan de uitkeringen, die krachtens deze rubriek C over dezelfde periode dat de rente liep zijn gedaan.

II. Geneeskundige behandeling bij geschiktheid tot werken

Mocht de verzekerde ondanks een ongeval zijn beroep toch volledig blijven uitoefenen dan vergoedt de maatschappij – tenzij de verzekerde hierop uit andere hoofde recht heeft – de kosten van de geneeskundige behandeling tot een maximum van het aantal dagen, dat de behandeling duurt vermenigvuldigd met het onder C verzekerde bedrag per dag.

D. Geneeskundige behandeling

Indien de verzekerde voor de gevolgen van een ongeval medisch moet worden behandeld, dan vergoedt de maatschappij voorzover daarin niet reeds op andere wijze is voorzien, de daaraan verbonden kosten tot het verzekerde maximum. Onder deze kosten worden uitsluitend verstaan de honoraria van artsen, alsmede de kosten gemaakt voor: verbandmiddelen, door een arts voorgeschreven medicijnen, behandeling en verpleging in een ziekenhuis, vervoer, aanschaffing van door het ongeval noodzakelijk geworden prothesen, een invalidewagentje of een blindengeleidehond. Deze kosten zullen worden vergoed voorzover het maken ervan redelijk was.

Artikel 3 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, ware de verzekerde geheel valide en gezond geweest.

Indien de genoemde omstandigheden van verzekerde een gevolg zijn van een ander ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering heeft moeten doen of nog zal moeten doen, dan blijven deze omstandigheden buiten beschouwing. Voorzover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door de maatschappij geen uitkering verleend.

Indien de verzekerde reeds voor het ongeval gedeeltelijk invalide was en er bestaat recht op uitkering overeenkomstig art. 2 B, dan wordt slechts uitgekeerd het verschil tussen de mate van invaliditeit van voor en na het ongeval, waarbij ook de mate van invaliditeit van voor het ongeval op dezelfde wijze overeenkomstig art. 2 B wordt vastgesteld.

Artikel 4 Beperkingen van de uitkeringen

a. Terzake van een ongeval als omschreven in art. 1, 11 (ingewandsbreuk) worden slechts de kosten van de medische behandeling zoals omschreven onder art. 2 D vergoed, ontstaan doordat de verzekerde binnen één jaar na de eerste breukverschijnselen een breukoperatie ondergaat en wel voor ten hoogste 1/5 van het onder rubriek D verzekerde bedrag, terwijl gedurende het verblijf in een ziekenhuis voor de breukoperatie de C uitkering bij tijdelijke ongeschiktheid (C) wordt verleend, echter tot een maximum van 21 dagen.

b. Terzake van een ongeval als omschreven in art. 1, 12 (spit etc.) wordt slechts vergoeding verleend voor de rubriek C en wel gedurende ten hoogste 21 dagen en voor rubriek D tot een maximum van 10% van de verzekerde som, met dien verstande, dat deze vergoedingen voor hernia nucleï pulposi slechts éénmaal worden verleend.

Artikel 5 Uitsluitingen

De maatschappij is niet tot uitkeringen verplicht terzake van ongevallen:

a. door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een begunstigde;

b. bij het besturen van een motorrijwiel of een scooter met uitzondering van een bromfiets;

c. mogelijk geworden door ziekte of gebrekkigheid of een abnormale lichamelijke of geestelijke toestand – tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is – of het onder de invloed zijn van alcoholhoudende dranken, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen;

d. in verband met het verblijf in een luchtvaartuig, tenzij:

1. als passagier, die rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig, terwijl dit voor burgerlijk luchtverkeer wordt gebruikt;

2. als amateur-zweefvlieger of als diens passagier, een en ander mits wordt deelgenomen aan het burgerlijk luchtverkeer en de piloot een voor die vlucht geldig vliegbrevet heeft;

e. bij een waagstuk, waarbij het leven of het lichaam bewust roekeloos in gevaar wordt gebracht, tenzij het verrichten van dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter vervulling van zijn beroep, dit waagstuk werd verricht bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of goederen te redden;

f. bij het opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf;

g. hetzij direct, hetzij indirect door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie.

Indien de omstandigheden aannemelijk maken dat een ongeval hetzij direct, hetzij indirect een gevolg kan zijn van één of meerdere hierbedoelde toestanden of gebeurtenissen, zal de maatschappij terzake van een zodanig ongeval niet tot uitkering verplicht zijn, tenzij de verzekeringnemer, resp. de verzekerde bewijst dat het ongeval daarvan niet hetzij direct, hetzij indirect het gevolg is;

h. voortvloeiende uit of optredende bij atoomkernreactie, tenzij art. 1, 8 van toepassing is.

Artikel 6 Verplichtingen bij een ongeval

De verzekeringnemer c.q. de verzekerde is verplicht – op straffe van verlies van de rechten uit de polis

1. de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 14 dagen, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens tijdelijke ongeschiktheid en/of dokterskosten zou kunnen ontstaan;
2. de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan, met dien verstande dat na het verstrijken van laatstgenoemde termijn toch een recht op uitkering kan ontstaan, indien ten genoegen van de maatschappij kan worden aangetoond dat deze invaliditeit het uitsluitend gevolg is van het ongeval. De verplichting tot deze kennisgeving geldt niet, indien de verzekeringnemer c.q. de verzekerde het ongeval reeds overeenkomstig lid 1 heeft gemeld. Indien de kennisgeving later dan 5 jaar na het ongeval geschiedt zal nimmer aanspraak op enige uitkering kunnen worden gemaakt;
3. de maatschappij alle van belang zijnde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken;
4. de door de maatschappij verlangde medewerking te geven zoals het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts;
5. zich onder geneeskundige behandeling te stellen respectievelijk daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;
6. aan de genezing mee te werken onder meer door de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;
7. zich zonder toestemming van de maatschappij niet naar het buitenland te begeven, indien hij lijdt aan de gevolgen van een ongeval.

De verzekeringnemer c.q. de begunstigde(n) is/zijn – op straffe van verlies van de rechten uit de polis – ingeval van overlijden van de verzekerde verplicht de maatschappij tenminste 48 uur voor de begrafenis of de verassing in te lichten, terstond onvoorwaardelijk sectie – zonodig na opgraving – toe te staan en alle door de maatschappij nodig geoordeelde inlichtingen te verschaffen of te doen verschaffen.

Artikel 7 Risicowijzigingen

I. Mededelingsplicht

Zodra de aard van het bedrijf resp. de vereniging en/of de aard van de bezigheden van de verzekerden niet meer in overeenstemming is/zijn met hetgeen het laatst aan de maatschappij is opgegeven, is de verzekeringnemer verplicht hiervan binnen één maand mededeling te doen aan de maatschappij.

II. Risicovermindering

Betekent de wijziging een risicovermindering voor de maatschappij, dan zal zij de premie, indien dit in overeenstemming is met de dan bij haar geldende tarieven verlagen resp. gunstiger condities stellen indien deze van toepassing zijn, met ingang van de datum, waarop haar de mededeling van de wijziging bereikte.

III. Risicoverzwarend

Betekent de wijziging een risicoverzwarend voor de maatschappij, dan heeft zij het recht verzwaarde

condities, waaronder een hogere premie te stellen met ingang van de datum van de wijziging. De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing van de condities aan het nieuwe risico te weigeren uiterlijk tot 30 dagen nadat hij van de gewijzigde condities kennis kreeg. Mocht hij van dit recht gebruik maken, dan eindigt de verzekering op het tijdstip van de weigering. Heeft de verzekeringnemer hiervan geen gebruik gemaakt, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen. Is het risico verbonden aan de wijziging voor de maatschappij onaanvaardbaar, dan heeft zij het recht de verzekering op te zeggen met een opzegtermijn van 14 dagen.

IV. Risicoverzwaarig waarvan geen mededeling wordt gedaan.

Voldoet de verzekeringnemer niet aan zijn hierboven in I omschreven mededelingsplicht en betekent de wijziging een risicoverzwaarig voor de maatschappij, dan geldt het volgende:

1. Is het nieuwe risico voor de maatschappij niet aanvaardbaar, dan geldt de verzekering vanaf de dertigste dag na de risicowijziging slechts voor ongevallen, die geen verband houden met de gewijzigde aard van het bedrijf resp. de vereniging en/of de aard van de bezigheden van de verzekerden.

De verzekeringnemer heeft het recht deze beperkte verzekering op te zeggen.

De verzekering eindigt op de dag dat de opzegging de maatschappij bereikt.

2. Gelden voor het nieuwe risico een hogere premie en/of verzwaarde condities, dan worden de rechten op uitkering uit deze verzekering vanaf de 30ste dag na de risicowijziging verlaagd in de verhouding van de betaalde premie tot die, welke voor het nieuwe risico verschuldigd zou zijn, terwijl de eventuele voor het nieuwe risico gebruikelijke beperkende bepalingen vanaf die dag van toepassing zijn, het een en ander slechts voorzover het betrekking heeft op ongevallen die verband houden met de gewijzigde aard van het bedrijf resp. de vereniging en/of de bezigheden van de verzekerden.

V. Militaire dienst

Treedt een verzekerde vrijwillig in militaire dienst dan is dit een risicowijziging en valt als zodanig onder dit artikel. Is de verzekerde verplicht in militaire dienst anders dan in geval van herhalingsoefeningen, dan geldt de verzekering niet voor de rubrieken C en D voor ongevallen hem in en door de militaire dienst overkomen.

VI. Terugbetaling van premie

In alle gevallen, dat de verzekering in verband met het bovenstaande wordt beëindigd of dat de premie wordt verlaagd, heeft de verzekeringnemer recht op terugbetaling van het onverdiende deel van de premie.

Artikel 8 Premiebetaling

De verzekeringnemer betaalt de premie en/of de kosten vooruit binnen 30 dagen, nadat zij verschuldigd worden. De verzekering is niet van kracht voor gebeurtenissen, die plaatsvinden nadat:

- de verzekeringnemer weigert de premie en de kosten te voldoen of
- de hierboven vermelde termijn van 30 dagen is verstreken zonder dat de premie en de kosten zijn betaald .

N.B. De in het kader van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in door de Maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing.

Ingebrekestelling door de maatschappij is daarbij niet nodig. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie en de kosten te voldoen.

De verzekering wordt weer van kracht voor gebeurtenissen, die plaatsvinden na de dag, waarop de premie en de kosten door de maatschappij zijn ontvangen.

Artikel 9 Aanpassing van premie en voorwaarden

Indien de maatschappij haar tarieven en/of voorwaarden voor verzekeringen van dezelfde soort als deze verzekering herzielt en in gewijzigde vorm bekend maakt en toepast, is zij gerechtigd de aanpassing van deze verzekering te vorderen aan die nieuwe tarieven en/of voorwaarden met ingang van de eerste premievervaldag na de invoering van de wijzigingen in de tarieven en/of de voorwaarden.

De maatschappij zal, indien zij van dit recht gebruik wenst te maken, hiervan vóór de premievervaldag mededeling doen aan de verzekeringnemer. De verzekeringnemer heeft het recht de aanpassing aan de nieuwe tarieven en/of voorwaarden te weigeren uiterlijk tot het einde van een termijn van 30 dagen van de premievervaldag af. Maakt hij van dit recht gebruik, dan eindigt de verzekering op de desbetreffende vervaldag of – indien de weigering daarna plaatsvindt op het tijdstip van weigering. Heeft de verzekeringnemer van dit recht geen gebruik gemaakt, dan wordt hij geacht met de aanpassing in te stemmen.

Artikel 10 Duur en einde van de verzekering

1. De verzekering is aangegaan voor de in de polis omschreven periode en wordt telkens voor een gelijke periode stilzwijgend verlengd, tenzij de verzekeringnemer of de maatschappij de verzekering heeft opgezegd. Opzegging als vorenbedoeld dient te geschieden per aangetekend schrijven met inachtneming van een termijn van tenminste 2 maanden.

2. De verzekeringnemer heeft tevens het recht de verzekering ten aanzien van een bepaalde verzekerde tussentijds op te zeggen tegen een door hem te bepalen toekomstig tijdstip:

a. indien deze verzekerde in ernstige mate blijvend invalide is of lijdt aan een slepende ziekte;

b. indien deze verzekerde 60 jaar of ouder is.

3. De verzekering eindigt ten aanzien van een bepaalde verzekerde zonder meer:

a. bij het eind van het verzekeringsjaar, waarin deze verzekerde 70 jaar is geworden;

b. indien deze verzekerde ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben, tenzij anders wordt overeengekomen;

c. bij het overlijden van deze verzekerde.

Artikel 11 Terugbetaling van premie

Bij het eindigen van de verzekering heeft de verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over het tijdvak waarvoor de verzekering niet meer van kracht is.