



Voorwaarden

Ongevallenverzekering

Aon TG Ongevallen 2017-09
Versie 1.0



Inhoudsopgave

Art.		Blz.
Algemene verzekeringsvoorwaarden		
1	Begrippenlijst	3
2	Wat zijn uw verplichtingen bij schade?	3
3	Wanneer verjaart een schade?	4
4	De premie	4
5	Wanneer mogen verzekeraars de premie en/of voorwaarden wijzigen?	4
6	Begin, bedenktijd en einde van de verzekering	5
7	Welke uitsluitingen en beperkingen gelden?	6
8	Welke wetten en regels gelden voor deze overeenkomst?	7
9	Heeft u een klacht?	7
10	Welk adres gebruiken verzekeraars om u te informeren?	7
11	Wat doen verzekeraars met uw persoonsgegevens?	7
12	Wat doen verzekeraars bij fraude?	8
13	Sanctiewet- en regelgeving	8
Bijzondere verzekeringsvoorwaarden		
1	Begrippenlijst	9
2	Wie zijn verzekerd?	11
3	Waar geldt de verzekering?	11
4	Verplichtingen na een ongeval	11
5	Wat is verzekerd?	13
6	Wat is niet verzekerd?	17
7	Begunstiging	18
8	Wanneer eindigt de verzekering?	19
9	Verandering van beroep	19

Algemene verzekeringsvoorwaarden

1 Begrippenlijst

1.1 U, uw

De persoon die de verzekeringsovereenkomst met verzekeraars heeft gesloten.

1.2 Verzekerde

U en de personen die in de Bijzondere Voorwaarden of op het polisblad worden genoemd.

1.3 Aon

Aon Verzekeringen, het onderdeel van Aon Nederland dat heeft bemiddeld bij het tot stand komen van de verzekering.

1.4 Verzekeraars

De verzekeringsmaatschappij(en) waarmee u de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

1.5 Fraude

Het doelbewust verstrekken van onjuiste informatie met de opzet verzekeraars te misleiden bij de aanvraag van de verzekering of bij het vragen om vergoeding van schade.

2 Wat zijn uw verplichtingen bij schade?

2.1

U moet:

- de schade zo snel mogelijk melden;
- alle bewijsstukken, gegevens en documenten zo snel mogelijk aanleveren;
- aan een andere partij geen belofte doen of verklaren dat u wilt betalen;
- zich niet uitspreken over schuld;
- alle informatie geven die nodig is om uw recht op vergoeding of hulp aan te tonen;
- volledig meewerken aan de behandeling van de schade en niets doen wat de belangen van verzekeraars kan schaden;
- in geval van diefstal of poging daartoe, braak, verduistering, joyriding, vandalisme of vermissing aangifte doen bij de politie of bij een andere bevoegde autoriteit. Van deze aangifte moet u een schriftelijk bewijs aanleveren bij verzekeraars.

2.2 Wat gebeurt er als u een verplichting niet nakomt?

De verzekeraars vergoeden geen schade als u een verplichting niet of niet op tijd nakomt en daarmee hun belangen schaadt.

3 Wanneer verjaart een schade?

Als verzekeraars de vergoeding van een schade (of een deel ervan) definitief afwijzen, verjaart de vordering op verzekeraars drie jaar na datum van de afwijzing. Een vordering is dan volgens de wet niet meer opeisbaar.

4 De premie

4.1 Wanneer moet u premie betalen?

U moet de premie, de kosten en de assurantiebelasting vooruit betalen. Op de premienota staat wanneer de betaling moet zijn ontvangen.

4.2 Wat gebeurt er als u de premie niet of niet op tijd betaalt?

4.2.1 Als u de eerste premie niet op tijd betaalt, dan houdt de dekking automatisch na 30 dagen op;

4.2.2 Als u een volgende premie niet op tijd betaalt, ontvangt u een betalingsherinnering en daarna een aanmaning. Heeft u twee weken nadat de aanmaning is verstuurd nog niet betaald, dan is er vanaf de dag daarna geen dekking meer;

4.2.3 U bent verplicht de premie alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na de dag waarop de achterstallige premie door verzekeraars is ontvangen en geaccepteerd.

4.3 Wanneer krijgt u premie terug?

Bij opzegging van de verzekering ontvangt u naar redelijkheid premie terug vanaf de datum van beëindiging.

5 Wanneer mogen verzekeraars de premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Bij verlenging van de verzekering

Verzekeraars kunnen jaarlijks de premie en/of voorwaarden aanpassen. De aanpassing gaat dan in op de jaarlijkse verlengingsdatum van de verzekering. Als de premie en/of voorwaarden veranderen, ontvangt u bericht met informatie over de wijziging.

Bent u het niet eens met de verandering, dan kunt u de verzekering binnen 30 dagen opzeggen. De verzekering eindigt dan op de dag dat de aanpassing ingaat. Als de opzegging wordt gedaan na de datum van aanpassing maar binnen de termijn van 30 dagen na het bericht, eindigt de verzekering op de datum van uw opzegging. Horen wij niets van u dan nemen wij aan dat u het met de verandering eens bent.

5.2 Tijdens de looptijd van de verzekering

Verzekeraars hebben het recht de premie en/of de voorwaarden van één of meerdere soorten verzekeringen tussentijds voor alle verzekerden tegelijk te veranderen. Als de premie en/of voorwaarden veranderen, ontvangt u bericht met informatie over de wijziging.

Bent u het niet eens met de verandering, dan kunt u de verzekering binnen 30 dagen opzeggen. Horen wij niets van u, dan nemen wij aan dat u het met de verandering eens bent.

6 Begin, bedenktijd en einde van de verzekering

6.1 Wanneer begint de verzekering?

De verzekering gaat in op de ingangsdatum die op uw polisblad staat. De verzekering heeft een contractduur van een jaar. Na ieder jaar verlengen wij de verzekering met een jaar.

6.2 Wilt u de verzekering niet?

Als u de verzekering niet wilt, laat u dit dan weten binnen 14 dagen na ontvangst van de polis. De verzekeraar beëindigt uw verzekering dan kosteloos.

6.3 Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?

U kunt uw verzekering dagelijks opzeggen met een opzegtermijn van een maand.

6.4 Wanneer kunnen verzekeraars de verzekering opzeggen?

Verzekeraars kunnen de verzekering ieder jaar per contractvervaldatum opzeggen met een opzegtermijn van twee maanden. Verder kunnen verzekeraars opzeggen als:

6.4.1 verzekeraars ontdekken dat u bij aanvraag van de verzekering niet alle of niet de juiste informatie heeft gegeven over uw situatie. Heeft u dit met opzet gedaan om verzekeraars te misleiden dan eindigt de verzekering per direct.

De verzekering eindigt ook per direct als verzekeraars de verzekering niet hadden geaccepteerd als u wel de juiste informatie had gegeven;

6.4.2 verzekeraars op de hoogte zijn van een gebeurtenis waarvoor zij misschien een vergoeding moeten geven of nadat zij een schade hebben vergoed of afgewezen. Verzekeraars kunnen de verzekering dan binnen een maand beëindigen met een opzegtermijn van twee maanden. De opzegtermijn geldt niet als u met opzet verzekeraars heeft misleid;

6.4.3 u de premie niet of niet op tijd betaalt. Verzekeraars kunnen de verzekering dan beëindigen met een opzegtermijn van twee maanden.

7 Welke uitsluitingen en beperkingen gelden?

7.1

Verzekeraars vergoeden de schade niet als:

7.1.1 de gebeurtenis of het ongeval is veroorzaakt door of ontstaan uit molest.

Verzekeraars verstaan onder molest:

- gewapend conflict: als staten of georganiseerde partijen elkaar (of de een de ander), bestrijden met wapens of militaire machtsmiddelen. Hieronder valt ook het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- burgeroorlog: een gewelddadige strijd tussen meerdere inwoners van eenzelfde staat;
- opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- binnenlandse onlusten: georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen binnen een staat;
- oproer: een georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
- mouterij: een georganiseerde gewelddadige beweging van leden van een gewapende macht, gericht tegen het openbaar gezag;

7.1.2 de gebeurtenis of het ongeval is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties. Onder atoomkernreacties is te verstaan iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit;

7.1.3 verzekerde fraude of bedrog pleegt of opzettelijk onware of onvolledige mededelingen over een schade doet of laat doen.

7.2

Schade door terrorisme vergoeden verzekeraars volgens het Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Hierin staat dat verzekeraars de schadevergoeding kunnen beperken bij terrorisme, kwaadwillige besmetting en dergelijke. Meer informatie vindt u op www.terrorismeverzekerd.nl.

8 Welke wetten en regels gelden voor deze overeenkomst?

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

9 Heeft u een klacht?

9.1

Heeft u een klacht over deze overeenkomst stuur een brief of email aan: de directie van Aon Nederland, Postbus 518, 3000 AM Rotterdam of info@aon.nl.

9.2

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg dan uw klacht voor aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid), Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. Of bel: 0900-355 22 48. Doe dit binnen drie maanden nadat verzekeraars een definitief besluit hebben genomen over uw klacht. Na drie maanden wordt uw klacht door het Kifid niet meer in behandeling genomen. Uiteraard kunt u ook naar de Burgerlijke rechter gaan.

10 Welk adres gebruiken verzekeraars om u te informeren?

Verzekeraars informeren u volgens de wet op de juiste manier als zij hun informatie sturen naar Aon Verzekeringen. Aon Verzekeringen informeert u via het meest recente (email-)adres dat bij hen bekend is.

11 Wat doen verzekeraars met uw persoonsgegevens?

Als u een verzekering wilt aanvragen of wijzigen worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze gegevens gebruiken verzekeraars en/of Aon Verzekeringen om de verzekeringsovereenkomst te sluiten en te beheren. Deze gegevens worden ook gebruikt om fraude te bestrijden. Daarnaast worden deze gegevens gebruikt om u op de hoogte te houden van onze producten en diensten.

Op de verwerking van de persoonsgegevens is de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing (zie www.verzekeraars.nl). Deze gedragscode geldt voor alle verzekeraars. Uw schade- en verzekeringsgegevens wisselen verzekeraars uit met de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Dit om een verantwoord beleid te voeren bij schade en acceptatie van verzekeringen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).

12 Wat doen verzekeraars bij fraude?

Als er aanwijzingen zijn dat er sprake is van fraude doen verzekeraars hier onderzoek naar. Bij dit onderzoek volgen verzekeraars de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek van het Verbond van Verzekeraars (zie www.verzekeraars.nl).

Is er sprake van fraude? Dan kunnen verzekeraars de volgende maatregelen nemen:

- de verzekering beëindigen;
- geen schade (meer) vergoeden of de schade niet volledig vergoeden.
Behalve als de fraude niet rechtvaardigt dat het recht op vergoeding van de schade (volledig) vervalt;
- besluiten dat u een al ontvangen vergoeding voor schade, de kosten die daarmee samenhangen en de onderzoekskosten moet terugbetalen;
- aangifte doen bij de politie;
- gegevens registeren in interne en externe (waarschuwings)systemen zoals de database van de Stichting CIS. Hierbij volgen verzekeraars het Protocol Incidentenwaarschuwingsstelsel Financiële Instellingen (PIFI). De volledige tekst kunt u raadplegen op www.verzekeraars.nl.

13 Sanctiewet- en regelgeving

Indien de sanctiewet en of regelgeving het de verzekeraars verbiedt om verzekeringsdekking of een schadeloosstelling te bieden, dan is het de verzekeraars op basis van deze verzekering dus niet toegestaan om verzekeringsdekking te bieden of een schadeloosstelling uit te keren.

Bijzondere verzekeringsvoorwaarden

1. Begrippenlijst

1.1 Verzekerde

Degene op wie zijn/haar leven of gezondheid de verzekering betrekking heeft.

1.2 Begunstigde(n)

Begunstigde(n) is/zijn degene(n) aan wie verzekeraars de uitkering(en) en/of vergoeding(en) betalen.

1.3 Partner

De echtgeno(o)t(e), geregistreerde partner of degene met wie verzekerde ten minste een half jaar duurzaam samenwoont op het moment van het ongeval.

1.4 Kinderen

De ongehuwde kinderen en/of pleeg- of stiefkinderen van verzekerde die thuiswonend of in verband met studie uitwonend zijn.

1.5 Ongeval

Plotseling en onverwachts geweld van buitenaf. Dit geweld raakt het lichaam van verzekerde rechtstreeks en ongewild. Door dit geweld loopt verzekerde medisch vast te stellen letsel aan zijn/haar lichaam en/of geest op of verzekerde komt hierdoor te overlijden.

Ongevallen door ziekte, gebrek of een abnormale lichamelijke of geestelijke gesteldheid vallen hier ook onder.

Onder ongeval wordt ook het volgende verstaan:

- zonnebrand, uitputting, verhongering en/of verdorsting ontstaan door overstroming, instorting, insneeuwing, invriezing, noodlanding, schipbreuk of onvrijwillige afzondering op andere wijze;
- zonnesteek, bevriezing, verdrinking, verstikking, hitteberoerte, warmtebevanging;
- verstuiking, ontwrichting, spier-/peesverrekking en/of -scheuring;
- wondinfectie of bloedvergiftiging als rechtstreeks gevolg van een verzekerd ongeval;
- het plotseling acuut en ongewild binnenkrijgen van voor de gezondheid schadelijke stoffen, gassen of dampen. Hiermee wordt niet bedoeld virussen of bacteriële ziektekiemen;
- besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie als rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof.
Dit geldt ook wanneer de besmetting het rechtstreekse gevolg is van (een poging tot) het redden van personen, dieren of zaken uit het water of een andere stof;

- acute vergiftiging door op doktersrecept verkregen medicijnen. Voorwaarde is dat verzekerde zich heeft gehouden aan de door de geneeskundige voorgeschreven dosering;
- complicaties of verergering van het ongevalsletsel. Dit als rechtstreeks gevolg van een geneeskundige behandeling die noodzakelijk was geworden door een verzekerd ongeval;
- een onjuiste geneeskundige behandeling. Dit als rechtstreeks gevolg van een verzekerd ongeval;
- miltvuur, koepokken, mond-en-klauwzeer, sarcoptesschurft, trichophytie (ringvuur) en de ziekte van Bang.

1.6 Gebeurtenis

Een voorval of reeks met elkaar samenhangende voorvallen.

1.7 Blijvende invaliditeit

Het blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies of onbruikbaarheid van enig deel of orgaan van het lichaam.

1.8 Ziekenhuis

Een instelling waar geneeskundige behandelingen plaatsvinden.

Deze instelling moet:

- diagnostische en heerkundige voorzieningen hebben;
- onder toezicht van artsen staan;
- 24 uur per dag verpleegkundig personeel hebben.

Met ziekenhuis wordt niet bedoeld een rusthuis, bejaardenhuis of psychiatrische instelling (ook voor gedragsstoornissen), sanatorium of kliniek voor de behandeling van alcohol- of drugsverslaafden.

1.9 Arts

Een beoefenaar van de geneeskunde, die is afgestudeerd aan een medische faculteit die is vermeld in de "Directory of Medical Schools of the World Health Organisation". En die in het bezit is van een vergunning van de medische autoriteiten van het land waar zijn praktijk wordt uitgeoefend. En die praktiserend is binnen het kader van de vergunning die hiervoor geldt en zijn opleiding.

1.10 Bijzondere sporten

1.10.1 Bijzondere wintersporten

Sport op sneeuw en ijs zoals ski-alpinisme, skispringen, bobsleeën, skeleton, wedstrijdrodelen, ijshockey, skivliegen, toerskiën, skijoring, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën, voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen).

1.10.2 Bergsport

Sport op wegen en terreinen die alleen door ervaren bergsporters of onder leiding van ervaren bergsporters begaanbaar zijn.

1.10.3 Luchtsport

Elke sport in de lucht, zoals parachutespringen, ballonvaren, zweefvliegen, parapente, sport-, ultralight- en microlightvliegen.

1.10.4 Watersport

Elke sport in of op het water met een meer dan normaal risico zoals technisch duiken (onderwatersport buiten de recreatieve dieptelimiet van 40 meter waaronder decompressie, grot- en wrakduiken), rafting, canyoning, flottage, hydrospeed, skyboot, wildwaterkanoën en wedstrijdzeilen op zee.

1.10.5 Overige sporten

Elke andere sport met een meer dan normaal risico die niet onder winter-, berg-, lucht-, en watersport valt zoals vechtsporten, rugby, wielervedstrijden, paardenwedstrijden.

2 Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen die als verzekerde op het polisblad staan.

Zij moeten wel deel uitmaken van uw gezin en bij u inwonen. Voor kinderen geldt dat zij ook verzekerd zijn als zij in verband met studie of door co-ouderschap ergens anders in Nederland wonen.

3 Waar geldt de verzekering?

De verzekering is van kracht in alle landen op de wereld.

4 Verplichtingen na een ongeval

Als verzekerde een ongeval krijgt en hierdoor aanspraak kan maken op een uitkering en/of vergoeding, gelden naast de verplichtingen in de Algemene verzekeringsvoorwaarden de volgende verplichtingen:

4.1 Algemene verplichtingen van uzelf en/of verzekerde en/of begunstigde(n):

U en/of verzekerde en/of begunstigde moet:

4.1.1 het ongeval zo snel mogelijk aan verzekeraars melden;

4.1.2 alle informatie over het ongeval aan verzekeraars geven. En alle vragen van verzekeraars naar waarheid beantwoorden;

4.1.3 aan door verzekeraars ingeschakelde deskundigen (zoals experts en geneeskundig adviseurs) alle medewerking verlenen bij een eventueel noodzakelijk (geneeskundig) onderzoek naar het ontstaan van het ongeval.

4.2 Algemene verplichtingen van uzelf

U moet:

4.2.1 ervoor zorgen dat verzekerde en/of begunstigde al zijn verplichtingen die in artikel 4.1 en 4.3 worden genoemd nakomt;

4.2.2 als u daarom wordt gevraagd aan verzekeraars informatie geven waaruit blijkt dat degene voor/door wie uitkering wordt gevraagd op het moment van het ongeval verzekerd was. En verzekeraars in de gelegenheid stellen die gegevens te controleren.

4.3 Bijzondere verplichtingen bij overlijden

Overlijdt verzekerde door een ongeval? Dan moet u, iemand namens u of de begunstigde(n):

4.3.1 dit zo snel als redelijkerwijs mogelijk is aan verzekeraars laten weten. Dit moet in ieder geval tenminste 36 uur voor de begrafenis of crematie worden gemeld;

4.3.2 aan door verzekeraars ingeschakelde deskundigen alle medewerking verlenen bij een eventueel noodzakelijk (geneeskundig) onderzoek naar het ontstaan van het ongeval en/of de oorzaak van het overlijden. Hieronder is in ieder geval begrepen sectie, laboratoriumonderzoek en als de begrafenis al heeft plaatsgevonden opgraving van de overledene.

4.4 Bijzondere verplichtingen bij (mogelijk) blijvende invaliditeit

Is er sprake van (mogelijk) blijvende invaliditeit door een ongeval?

Dan moet verzekerde:

4.4.1 zich meteen door een arts laten behandelen en onder behandeling blijven zolang dat nodig is. En steeds de voorschriften van de behandelend arts opvolgen;

4.4.2 als verzekeraar dat vraagt zich door één of meer geneeskundige(n) laten onderzoeken. Verzekeraars wijzen die geneeskundige aan. Of zich voor onderzoek in een door verzekeraars aan te wijzen ziekenhuis op laten nemen.

Verzekeraars betalen de kosten van het/de geneeskundige onderzoek(en) en de daarvoor noodzakelijke reis- en verblijfskosten van verzekerde. Ook de reis- en verblijfskosten van één persoon om verzekerde te begeleiden als dit gezien de lichamelijke of geestelijke toestand van verzekerde noodzakelijk is;

4.4.3 alle informatie aan door verzekeraars ingeschakelde deskundige(n) (laten) geven die zij nodig hebben voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit. En alle medewerking verlenen bij het opvragen van geneeskundige gegevens door de geneeskundig adviseur van verzekeraars;

4.4.4 alle vragen van verzekeraars of de ingeschakelde deskundige(n) volledig en naar waarheid beantwoorden. En geen feiten of omstandigheden verzwijgen die voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

4.5 Wat als de verplichtingen na een ongeval niet worden nagekomen?

Komt u en/of verzekerde en/of begunstigde de verplichtingen na een ongeval zoals genoemd in artikel 4.1 t/m 4.4 niet of niet op tijd na? Dan vervalt elk recht op uitkering als verzekeraars hierdoor in hun belangen zijn geschaad of als dit met opzet is gedaan om verzekeraars te misleiden.

5. Wat is verzekerd?

5.1 Uitkering bij overlijden

5.1.1 Is verzekerde overleden door een ongeval? Dan wordt het voor overlijden verzekerde bedrag uitgekeerd aan de begunstigde.

5.1.2 Wordt verzekerde vermist of is hij verdwenen? Dan wordt het voor overlijden verzekerde bedrag uitgekeerd aan de begunstigde. Voorwaarde is wel dat met een redelijke mate van zekerheid aannemelijk is dat verzekerde door een ongeval is overleden.

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

5.1.3 Een uitkering vanwege blijvende invaliditeit door hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de uitkering voor overlijden. Als de al verrichte uitkering hoger is dan de uitkering bij overlijden hoeft het verschil niet te worden terugbetaald.

5.1.4 Is er bij overlijden van verzekerde geen begunstigde? En kan er ook geen begunstigde worden aangewezen op basis van de wettelijke regeling? Dan is er geen uitkeringsplicht voor verzekeraars. De uitkering zal in ieder geval nooit naar de Staat der Nederlanden of een andere staat gaan. En ook nooit naar schuldeisers van verzekerde.

5.1.5 De vordering van de begunstigde in verband met de uitkering bij overlijden kan niet aan derden worden overdragen.

5.2 Uitkering bij blijvende invaliditeit

5.2.1 Is verzekerde geheel of gedeeltelijk blijvend invalide geworden door een ongeval? Dan wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het verzekerde bedrag dat op het moment van het ongeval van toepassing was. In artikel 5.4 staat hoe dit percentage wordt bepaald.

5.2.2 Rentevergoeding

Is een jaar nadat het ongeval heeft plaatsgevonden de mate van blijvende invaliditeit nog niet vastgesteld? Dan vergoeden verzekeraars over het uit te keren bedrag de wettelijke rente vanaf de 730e dag na het ongeval. De rente wordt gelijk met de uitkering betaald.

5.3 Hoe en wanneer wordt de mate van blijvende invaliditeit bepaald?

5.3.1 Wijze van vaststelling

De mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan wordt vastgesteld op basis van de rapportage(s) van de door verzekeraars ingeschakelde deskundigen. Hiervoor wordt uitgegaan van de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van The American Medical Association (A.M.A) eventueel aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen.

5.3.2 Invloed van ziekte, kwaal of gebrek

Lijdt verzekerde voor het ongeval al aan een ziekte, kwaal of gebrek? Of ontwikkelt zich na het ongeval een ziekte, kwaal of gebrek die /dat los staat van het ongeval?

Dan wordt bij de vaststelling van blijvend (functie)verlies rekening gehouden met de nadelige invloed van deze ziekte, kwaal of gebrek op het gevolg van het ongeval en/of de mate van blijvend (functie)verlies.

Er wordt niet meer uitgekeerd dan het geval zou zijn wanneer verzekerde niet aan deze ziekte, kwaal of gebrek zou hebben geleden.

5.3.3 Invloed van psychische reactie(s)

Bij de vaststelling van de mate van blijvend (functie)verlies wordt geen rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval en/of daardoor veroorzaakt lichamelijk letsel en/of de daardoor veroorzaakte blijvende invaliditeit.

5.3.4 Tijdstip van vaststelling

De mate van blijvend (functie)verlies wordt vastgesteld zodra er naar geneeskundig oordeel sprake is van een stabiele geneeskundige eindtoestand. Hiervan is sprake als er redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de invaliditeitstoestand van verzekerde vrijwel geen verandering meer zal komen.

De definitieve vaststelling vindt in ieder geval plaats uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval, tenzij verzekerde anders met verzekeraars heeft afgesproken.

Bij het einde van deze driejaarstermijn of anders afgesproken termijn wordt de mate van blijvend (functie)verlies bepaald op basis van de op dat moment bestaande blijvende invaliditeit.

Na deze termijn hebben wijzigingen geen invloed op de hoogte van de uitkering.

Bij verbetering hebben verzekeraars geen recht op (gedeeltelijke) terugbetaling van de al gedane uitkering en bij verslechtering heeft verzekerde geen recht op een hogere uitkering.

5.3.5 Invloed van overlijden

Overlijdt verzekerde na een ongeval door een andere oorzaak dan dit ongeval?

Dan wordt de mate van blijvend (functie)verlies vastgesteld op basis van de toestand van verzekerde zoals die aan de hand van de beschikbare geneeskundige rapporten vermoedelijk definitief zou zijn vastgesteld bij het bereiken van een geneeskundige eindtoestand bij niet-overlijden.

5.4 Hoe en wanneer wordt het uitkeringspercentage bij blijvende invaliditeit bepaald?

5.4.1 Wijze van vaststelling

De manier waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, hangt af van welk lichaamsdeel of orgaan door het ongeval geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

5.4.2 Bij blijvend volledig (functie)verlies van de volgende lichaamsdelen of organen wordt een bedrag uitgekeerd. Dit bedrag is een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

- visueel systeem	100%
- spraakvermogen	100%
- gehoor van beide oren	50%
- gehoor van één oor	30%

Is op basis van deze verzekering al uitgekeerd voor verlies van het gehoor van één oor?

Dan wordt voor het verlies van het gehoor van het andere oor 20% uitgekeerd.

- de oorschelp	5%
- de neus	10%
- de reuk, de smaak of beide	10%

Gedeeltelijk verlies van de reuk, de smaak of van beide wordt niet als invaliditeit beschouwd.

- de duim	25%
- de wijsvinger	15%

- elke andere vinger	10%
- de arm tot in het schoudergewricht	75%
- de grote teen	10%
- elke andere teen	5%
- het been tot in het kniegewricht	55%
- het been tot in het heupgewricht	70%
- de milt	5%
- de nier	20%
- de long	25%
- de alvleesklier	70%
- het gebit	2,5%

De maximale uitkering voor het gebit is EUR 12.000,-.

Verlies of beschadiging(en) van het gebit van minder dan 50% van het gebit geeft geen recht op uitkering. Met gebit wordt hier bedoeld: 28 tot 32 elementen van het natuurlijke gebit en niet uitneembare gebitsprothesen.

- het door traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties	100%
- het door traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik	90%
- wervelkolom met volledig verlies van de typische wervelkolomactie en bewegingsfunctie zonder neurologische verschijnselen	75%

Bij de volgende diagnoses kan ook blijvende invaliditeit worden aangenomen. Het uitkeringspercentage ligt tussen de vermelde percentages en wordt door de (geneeskundig) deskundigen vastgesteld.

- postcommotioneel syndroom	0-8%
-----------------------------	------

Met postcommotioneel wordt hier bedoeld: langdurige klachten na een hersenschudding.

- whiplashletsel zonder objectief aantoonbare neurologische -/neuropsychologische uitvalsverschijnselen en/of objectief aantoonbare vestibulaire afwijkingen	0-8%
- whiplashletsel met neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen	8-15%

Met whiplash wordt hier bedoeld: een verrekking van de nekspier door een flexie-extensie beweging van het hoofd. Bij een whiplash wordt het hoofd met kracht eerst naar achteren en dan weer naar voren geslingerd, bijvoorbeeld door een aanrijding van achteren. Met 'vestibulaire afwijkingen' worden hier evenwichtsstoornissen bedoeld.

5.4.3 Bij blijvend gedeeltelijk (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan wordt het uitkeringspercentage berekend door de mate van blijvend (functie)verlies te nemen van het uitkeringspercentage dat geldt voor het betreffende lichaamsdeel of orgaan bij blijvend volledig functieverlies. Zie ook artikel 5.4.2.

5.4.4 Vaststelling uitkeringspercentage in overige gevallen

Bij blijvend of gedeeltelijk (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan dat niet is genoemd in artikel 5.4.2 wordt het uitkeringspercentage voor dat specifieke lichaamsdeel orgaan vastgesteld aan de hand van de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van The American Medical Association (A.M.A.) eventueel aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen. Ook vindt een vaststelling van de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan plaats, waarbij rekening wordt gehouden met de werkzaamheden van verzekerde op het moment van het ongeval.

De uitkering wordt dan vastgesteld op basis van het hoogste percentage.
Dit geldt bij blijvend (functie)verlies bij meerdere lichaamsdelen of organen alleen voor het lichaamsdeel of orgaan dat niet genoemd is in artikel 5.4.2.

5.4.6 Meervoudig verlies

Bij blijvend (functie)verlies van meerdere lichaamsdelen of organen wordt eerst voor ieder lichaamsdeel of orgaan afzonderlijk het uitkeringspercentage bepaald. Deze percentages worden bij elkaar opgeteld en/of gecombineerd tot maximaal 225%.

5.4.7 Verhoogd uitkeringspercentage

Wordt een invaliditeitsgraad van meer dan 25% van een lichaamsdeel of orgaan vastgesteld? Dan wordt het uitkeringspercentage verhoogd tot het percentage vermeld in onderstaande tabel.

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

5.4.8 Tijdstip van eindbeslissing

Hebben verzekeraars het definitieve eindrapport van de geneeskundig adviseur en alle andere gegevens voor een juiste beoordeling ontvangen? Dan moeten zij binnen 14 dagen na ontvangst hiervan een eindbeslissing nemen.

5.5 Plastische chirurgie

Heeft verzekerde door een ongeval plastische chirurgie nodig?

Dan vergoeden verzekeraars de kosten hiervan tot maximaal 10% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag met een maximum van EUR 5.000,-.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn dat:

- een behandeling is voorgeschreven en uitgevoerd door een bevoegd arts;
- verzekerde in Nederland een zorgverzekering heeft afgesloten;
- de kosten niet kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

De kosten die vallen onder het wettelijk verplichte eigen risico van de zorgverzekering worden niet vergoed.

5.6 Molest

In artikel 7.1.1 van de Algemene voorwaarden staat dat deze verzekering geen dekking geeft voor ongevallen veroorzaakt door of ontstaan uit molest. In afwijking hiervan is er wel dekking in de situatie dat het ongeval plaatsvindt binnen 14 dagen na het uitbreken van het molest in een ander land dan Nederland en verzekerde hierdoor wordt verrast.

6 Wat is niet verzekerd?

In de Algemene Voorwaarden staan de algemene uitsluitingen. Daarnaast geeft deze verzekering geen dekking voor de volgende situaties:

6.1 Opzet

als er sprake is van opzettelijk of roekeloos handelen door of met goetvinden of door uitlokking van uzelf, verzekerde, begunstigde of iemand anders die belang heeft bij de uitkering. Met opzettelijk of roekeloos handelen wordt ook bedoeld (een poging tot) zelfmoord of zelfverminking;

6.2 Misdrijf

als het ongeval verband houdt met het door verzekerde plegen of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe. Ook het deelnemen aan vechtpartijen valt hieronder. Tenzij er sprake is van rechtmatige zelfverdediging;

6.3 Wedstrijd met motorrijtuig en/of motorvoertuig

als het ongeval is ontstaan terwijl verzekerde deelnam aan of zich voorbereidde op snelheidswedstrijden met motorrijtuigen en/of motorvoertuigen;

6.4 Bijzondere sporten

als het ongeval is veroorzaakt tijdens het door verzekerde beoefenen van of deelnemen aan bijzondere sporten uit artikel 1.10. Wel verzekerd is alpineskiën, snowboarden op daarvoor geprepareerde pistes, langlaufen en elke andere van sneeuw en ijs afhankelijke sport met een normaal risico;

6.5 Alcohol

als er sprake is van een ongeval waarbij verzekerde onder invloed was van alcohol. Hiervan is sprake als het bloedalcoholgehalte tijdens het ongeval 0,8 ‰ of hoger was of wanneer het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was.

Als verzekerde bestuurder is van een motorrijtuig geldt dat hiervan sprake is als het bloedalcoholgehalte of ademalcoholgehalte hoger is dan de wettelijke bepalingen die op het moment van het ongeval gelden;

6.6 Verdovende middelen

als er sprake is van een ongeval waarbij verzekerde onder invloed was van bedwelmende, verdovende, opwekkende of soortgelijke middelen. Hiermee worden in ieder geval soft- en harddrugs bedoeld;

6.7 Luchtvaartuig

als het ongeval is veroorzaakt tijdens het gebruik van een luchtvaartuig. Deze uitsluiting geldt niet wanneer verzekerde als passagier rechtmatig verblijft in een voor passagiersvervoer ingericht luchtvaartuig dat wordt gebruikt voor burgerluchtverkeer;

6.8 Waagstuk

als het ongeval is veroorzaakt door een waagstuk, waarbij het leven of het lichaam roekeloos in gevaar is gebracht. Dit geldt niet als het waagstuk werd verricht bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

6.9 Besturen motorrijtuig

als er sprake is van een ongeval met een motorfiets, bromfiets of bromscooter, waarbij verzekerde tijdens het besturen hiervan of als passagier geen valhelm (die voldeed aan de wettelijke voorschriften) droeg of deze niet op de juiste wijze droeg.

Ook als de bestuurder op het moment van het ongeval niet in het bezit is van een geldig (wettelijk voorgeschreven) rijbewijs is er geen dekking;

6.10 Spier, zenuw- of gewrichtsaandoening

bij lendespit, lumbago (lage rugklachten), peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), zweepslag (coup de fouet), tennisarm (epicondylitis lateralis), golfersarm (epicondylitis medialis), ingewandsbreuk en uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleii pulposi);

6.11 Onjuiste geneeskundige behandeling zonder ongeval

bij een onjuiste geneeskundige behandeling die geen verband houdt met een verzekerd ongeval;

6.12 Allergische reacties

bij allergische reacties die niet het gevolg zijn van een verzekerd ongeval;

6.13 Buitenlandse krijgsmacht

als er sprake is van een ongeval dat is ontstaan terwijl verzekerde werkzaamheden verrichtte (in welke vorm dan ook) in dienst van een buitenlandse krijgsmacht of hieraan gelijk te stellen buitenlandse overheidsdienst.

7 Begunstiging

7.1 Overlijdt een verzekerde door een ongeval? Dan keren verzekeraars uit aan de partner van verzekerde. Als deze ontbreekt keren verzekeraars uit aan de wettige erfgenamen. Overlijdt een verzekerd kind? Dan keren verzekeraars aan u uit.

7.2 Raakt een verzekerde blijvend invalide door een ongeval? Dan keren verzekeraars uit aan die verzekerde.

8 Wanneer eindigt de verzekering?

Naast wat in artikel 6 van de Algemene Voorwaarden staat over einde van de verzekering, eindigt de verzekering ook in de volgende situaties:

- 8.1 Wordt een verzekerde 75 jaar? Dan eindigt de verzekering voor die verzekerde aan het einde van het verzekeringsjaar waarin deze 75 jaar is geworden;
- 8.2 Wordt een verzekerd kind 27 jaar? Dan eindigt de verzekering voor dat kind aan het einde van het verzekeringsjaar waarin het kind 27 jaar is geworden;
- 8.3 Verhuist u naar het buitenland? Dan eindigt de verzekering zodra u niet meer in Nederland woont;
- 8.4 Woont een verzekerde niet meer bij u in? Dan eindigt de verzekering voor die verzekerde zodra deze niet meer bij u inwoont.

9 Verandering van beroep

- 9.1 Verandert het beroep van een verzekerde? Of gaat een verzekerde andere beroepsactiviteiten uitvoeren? Dan moet u en/of verzekerde dit zo snel mogelijk maar in ieder geval binnen 30 dagen na die verandering aan verzekeraars laten weten.
- 9.2 Is door de verandering van het beroep of de beroepsactiviteiten de kans op een ongeval groter geworden? Dan kunnen verzekeraars:
 - de verzekering voor die verzekerde opzeggen. Hiervoor geldt een opzegtermijn van twee maanden;
 - de premie en/of voorwaarden wijzigen. De nieuwe premie en/of voorwaarden worden met ingang van de datum van de mededeling van verzekeraars van kracht. U kunt de verzekering dan binnen een maand nadat de gewijzigde premie en/of voorwaarden van kracht werd(en) opzeggen. De verzekering eindigt dan met ingang van de datum van deze mededeling van u.
- 9.3 Komt u en/of verzekerde de verplichting om de verandering van beroep of beroepsactiviteiten van een verzekerde te melden niet na? En is de kans op een ongeval door de verandering groter geworden? Dan zijn beroepsongevallen van die verzekerde die plaatsvinden in de periode dat de verandering niet is gemeld niet verzekerd. Behalve als verzekerde aantoonbaar dat het ongeval geen verband houdt met het veranderde beroep of de beroepsactiviteiten.