

Wegwijzer in de polis

- Art. 1 Begripsomschrijvingen
- Art. 2 Uitsluitingen
- Art. 3 Dekkingsgebied
- Art. 4 Uitkering bij overlijden (rubriek A)
- Art. 5 Uitkering bij blijvende invaliditeit (rubriek B)
- Art. 6 Van toepassing zijnde clausules
- Art. 7 Invloed van bestaande ziekte of invaliditeit
- Art. 8 Maximale uitkering
- Art. 9 Begunstiging
- Art. 10 Melding van een ongeval
- Art. 11 Verval van recht op uitkering
- Art. 12 Wijziging beroep of werkzaamheden
- Art. 13 Terugbetaling van premie
- Art. 14 Einde van de verzekering/dekking
- Art. 15 Geschillen Toezicht

SPECIALE VOORWAARDEN VOOR ONGEVALLEN PARTICULIEREN

MPO2006

Onderstaande voorwaarden zijn uitsluitend van toepassing indien uit de voorzijde van het polisblad blijkt, dat dit onderdeel is medeverzekerd. Indien bepalingen van deze Speciale Voorwaarden in strijd zijn met de bepalingen in de Algemene Voorwaarden dan zijn deze Speciale Voorwaarden van toepassing.

Art. 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Ongeval

Onder een ongeval wordt verstaan: Een plotseling onverwacht van buiten komende inwerking van geweld op het lichaam, die rechtstreeks lichamelijk letsel toebrengt, dat medisch is vast te stellen.

1.2 Onder ongeval wordt ook verstaan

- a. infectie, bloedvergiftiging en andere ziekten, veroorzaakt door het binnendringen van ziektekiemen en/of allergenen in letsel, ontstaan door een door deze verzekering gedekt ongeval;
- b. besmetting door een ziektekiemen en/of allergenen bevattende stof, veroorzaakt door een onvrijwillige val in die stof; dan wel het zich in deze stof begeven bij een poging tot redding van mens, dier of zaak;
- c. acute vergiftiging door het onvrijwillig binnenkrijgen van gasvormige, vloeibare of vaste stoffen met uitzondering van genees- en genotmiddelen, tenzij op medisch voorschrift;
- d. inwendig letsel veroorzaakt door het ongewild in het lichaam geraken van stoffen en voorwerpen;
- e. zonnesteek, hitteberoerte, verbranding, bevroering, onderkoeling, verdrinking en verstikking;
- f. verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken door een noodsituatie zoals schipbreuk, noodlanding, instorting of watersnood;
- g. verstuiking, verrekking, ontwrichting en spierscheuring mits deze letsels naar aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
- h. miltvuur, ringworm (trichofytie), ziekte van Bang, koepokken, scabiës, mond- en klauwzeer;
- i. complicaties en verergeringen uitsluitend als gevolg van een door een ongeval noodzakelijk geworden eerste hulpverlening of medische behandeling;
- j. voor de verzekerde kinderen: kinderverlamming, doch alleen als deze niet ontstaat binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de verzekering.
Het recht op een uitkering voor overlijden kan alleen geldend worden gemaakt indien het overlijden plaats vindt binnen een periode van 5 jaar na ontstaan van de kinderverlamming;
- k. letsel, dood of aantasting van de gezondheid de verzekerde rechtstreeks overkomen tijdens:
 - 1. rechtmatige zelfverdediging;
 - 2. handelingen, verricht tot redding van zichzelf, andere personen, dieren en zaken;
 - 3. handelingen verricht tot afwendig van onmiddellijk dreigend gevaar.

1.3 Verzekerde(n) is/zijn

- a. in geval van verzekering van een persoon: de verzekeringnemer of de als zodanig op het polisblad genoemde persoon;
- b. in geval van verzekering van het gezin: de verzekeringnemer en de met hem/haar in gezinsverband samenwonende echtgenoot/echtgenote of levenspartner, alsmede de met hem/haar in gezinsverband samenwonende kinderen;
- c. in geval van verzekering van een kind/de kinderen: het kind/de kinderen die met verzekeringnemer in gezinsverband samenwonen.

Voor een gezinsongevallenverzekering en een kindergevallenverzekering geldt dat kinderen verzekerd zijn tot het moment dat zij de leeftijd van 21 jaar bereiken of voor ongehuwde kinderen die grotendeels dagonderwijs volgen - ook als zij uitwonend zijn - tot het moment dat zij de leeftijd van 28 jaar bereiken.

1.4 Begunstiging

In geval van overlijden wordt er uitgekeerd aan de wettige erfgena(a)m(en) van de getroffen verzekerde, of bij ongehuwd samenwonen aan de levenspartner van wie de naam bij de maatschappij bekend is. Indien de nalatenschap van verzekerde overeenkomstig de wet aan de Staat der Nederlanden dan wel de boedelcrediteuren vervalt, wordt geen uitkering krachtens deze verzekering gedaan.

In geval van blijvende invaliditeit wordt er als volgt uitgekeerd:

- a. bij een verzekering van een persoon: aan de getroffen verzekerde;
- b. bij een verzekering van het gezin of het kind/de kinderen: aan de aanvrager/verzekeringnemer;
- c. bij een aanvullende ongevallen-inzittendendeckking: aan de getroffen verzekerde.

Art. 2 Uitsluitingen

De maatschappij verleent geen uitkering voor ongevallen veroorzaakt:

- 2.1 door of in verband met bedwelmende, verdovende, opwekkende en soortgelijke middelen, anders dan op medisch voorschrift en door overmatig gebruik van alcohol. Onder overmatig gebruik van alcohol ten tijde van het ongeval wordt verstaan: dat bij meting het alcoholgehalte van het bloed hoger blijkt te zijn dan 0,5 ‰ of het alcoholgehalte van de adem 220 microgram of hoger was;
- 2.2 door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een begunstigde;
- 2.3 door waagstukken, tenzij redelijkerwijs noodzakelijk voor de uitoefening van het beroep, en vechtpartijen anders dan bij rechtmatige zelfverdediging (zie bij definities 1.2.k) of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden (zie bij definities 1.2.k). Deze beperking geldt niet voor kinderen die jonger zijn dan 18 jaar;
- 2.4 bij het plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 2.5 door het deelnemen aan of oefenen voor snelheidswedstrijden met motorrijtuigen, motorvoertuigen en rally's met uitzondering van betrouwbaarheids-, puzzel- en oriëntatieritten waarbij het snelheidselement geen rol van betekenis speelt;
- 2.6 als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van minder dan 50 cc; dit geldt uitsluitend voor verzekerde(n) jonger dan 16 jaar;
- 2.7 als bestuurder van een motorrijwiel met een cilinderinhoud van 50 cc of meer; dit geldt uitsluitend voor verzekerde(n) jonger dan 18 jaar;
- 2.8 in verband met het gebruik van een motorvliegtuig anders dan als passagier;
- 2.9 uitsluitingen en/of beperkingen met betrekking tot de ogen:
Ten aanzien van een verzekerde die een bril of lenzen van - 10 of sterker draagt, wordt bepaald, dat ter zake van het loslaten van het netvlies van één oog of beide ogen en de gevolgen daarvan nimmer enige uitkering zal geschieden, tenzij zodanig geweld rechtstreeks op het oog (de ogen) heeft ingewerkt, dat van die inwerking ook bij één oog (ogen), zonder afwijking in bouw en brekend vermogen, redelijkerwijs netvliesloslating mocht worden verwacht.

Art. 3 Dekkingsgebied

De dekking is van kracht in de gehele wereld.

Art. 4 Uitkering bij overlijden (rubriek A)

Bij overlijden van de verzekerde door een ongeval, keert de maatschappij het voor overlijden verzekerde bedrag uit.

Een terzake van hetzelfde ongeval reeds verleende uitkering voor blijvende invaliditeit wordt op de overlijden-suitkering in mindering gebracht. Indien de reeds verleende uitkering voor blijvende invaliditeit hoger is dan de overlijdensuitkering, zal de maatschappij het meerdere niet terugvorderen.

Verhoogde uitkering bij overlijden ten gevolge van een ongeval:

Indien bij overlijden van verzekeringnemer en zijn of haar partner als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van hetzelfde ongeval zal de maatschappij, voor zover beide bij de maatschappij verzekerd zijn voor overlijden als rechtstreeks gevolg van een ongeval, een extra uitkering voldoen van 50 % van de beide verzekerde bedragen tezamen uitsluitend aan hun kinderen - jonger dan 27 jaar -, voor zover deze kinderen ten tijde van het ongeval van hen financieel afhankelijk waren.

Onder partner wordt verstaan de echtgenote/echtgenoot van verzekerde of degene met wie verzekerde duurzaam samenwoont. Onder kinderen worden mede verstaan pleeg- en stiefkinderen.

Art. 5 Uitkering bij blijvende invaliditeit (rubriek B)

- 5.1** Bij blijvende invaliditeit van de verzekerde door een ongeval, keert de maatschappij het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag geheel of gedeeltelijk uit.
- 5.2** Onder blijvende invaliditeit wordt verstaan het medisch vast te stellen blijvende gehele of gedeeltelijke verlies of functieverlies van een orgaan of enig deel van het lichaam.
- 5.3** De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld zodra de toestand van de verzekerde naar redelijkerwijs is te voorzien niet meer zal verbeteren of verslechteren, noch de dood ten gevolge zal hebben, doch uiterlijk 2 jaar na het ongeval. Bij de vaststelling van de blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met het beroep van de verzekerde.
- 5.4** Indien de verzekerde overlijdt - niet als gevolg van het ongeval - vóórdat de mate van blijvende invaliditeit kan worden vastgesteld, dan zal de maatschappij uitkeren het bedrag dat zij naar redelijke verwachting wegens blijvende invaliditeit zou hebben moeten uitkeren.

5.5 Rente na één jaar

Indien na afloop van een periode van één jaar na de dag van het ongeval de mate van blijvende invaliditeit nog niet kan worden vastgesteld, vergoedt de maatschappij over de periode na het 1e jaar tot definitieve vaststelling van blijvende invaliditeit, een rente die gelijk is aan de wettelijke rente. De rente wordt berekend over het voor blijvende invaliditeit uit te keren bedrag en betaald tezamen met de uitkering. De renteregeling wordt uitsluitend toegepast bij in leven zijn van de verzekerde.

5.6 Gliedertaxe

Het onderstaande uitkeringspercentage van het verzekerde bedrag wordt vastgesteld bij algehele amputatie of volledig verlies van het gebruiksvermogen van/of:

algehele verlamming	100 %
algeheel verlies van de geestelijke vermogens	100%
arm tot in schoudergewricht	75%
arm tot in ellebooggewricht of tussen elleboog en schoudergewricht	70%
hand tot in polsgewricht of arm tussen pols- en ellebooggewricht	65%
duim	25%
wijsvinger	15%
middelvinger of ringvinger	12%
pink	10%
been tot in heupgewricht	75%
been tot in kniegewricht of tussen knie- en heupgewricht	65%
voet tot in enkelgewricht of been tussen enkel- en kniegewricht	55%
grote teen	15%
elke andere teen	5%
een oog	40%
indien krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor een oog, het andere oog	60%
beide ogen	100%
het gehoor van een oor	25%
indien krachtens deze verzekering reeds een volledige uitkering is verleend voor een oor, het andere oor	35%
het gehoor van beide oren	60%
een long	30%
een nier	20%
de milt	10%
reuk	10%
smaak	10%

cervicaal (of lumbaal) acceleratie/deceleratie letsel van de wervelkolom zonder objectief aantoonbare neurologische-/neuropsychologische uitvalsverschijnselen en/of objectief aantoonbare vestibulaire afwijkingen 0 tot 5%

cervicaal acceleratie/deceleratie-letsel van de wervelkolom met neuropsychologisch en/of vestibulaire afwijkingen 5 tot 15%

Bij gedeeltelijke amputatie of gedeeltelijk verlies van het gebruiksvermogen wordt een evenredig deel van het genoemd percentage vastgesteld. Bij amputatie of volledig verlies van het gebruiksvermogen van meer dan één vinger van één hand wordt het uitkeringspercentage nooit meer dan bij verlies van de gehele hand.

- 5.7** In alle bij artikel 5.6 niet genoemde gevallen van blijvende invaliditeit dan genoemd in de Gliedertaxe zullen twee percentages worden vastgesteld:
- een percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit zonder rekening te houden met het beroep van de verzekerde;
 - een percentage aangevende de mate van blijvende ongeschiktheid van de verzekerde om zijn/haar beroep uit te oefenen.
- Uitgekeerd zal worden op de grondslag die leidt tot het hoogste bedrag.
- 5.8** De bepaling van het percentage (functie)verlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A.) en supplementen uitgegeven door Nederlandse Verenigingen van medische specialisten.
- 5.9** Terzake van blijvende invaliditeit hetzij als gevolg van één ongeval hetzij als gevolg van meerdere ongevallen tijdens de duur van de verzekering bedraagt het uitkeringspercentage nooit meer dan 100%.

Art. 6 Van toepassing zijnde clausules

- 6.1** Progressief stijgende uitkering
Indien op het polisblad is vermeld, dat een progressieve invaliditeitsuitkering is verzekerd zal het uitkeringspercentage bij een blijvende invaliditeitsgraad van meer dan 25 % worden verhoogd tot maximaal het op het polisblad vermelde percentage - zoals aangegeven onder kolom 225 % of onder kolom 350 % in het hierna volgende overzicht:

Invaliditeits- graad	Uitkerings- percentage		Invaliditeits- graad	Uitkerings- percentage		Invaliditeits- graad	Uitkerings- percentage	
	225%	350%		225%	350%		225%	350%
26	27	28	51	78	105	76	153	230
27	29	31	52	81	110	77	156	235
28	31	34	53	84	115	78	159	240
29	33	37	54	87	120	79	162	245
30	35	40	55	90	125	80	165	250
31	37	43	56	93	130	81	168	255
32	39	46	57	96	135	82	171	260
33	41	49	58	99	140	83	174	265
34	43	52	59	102	145	84	177	270
35	45	55	60	105	150	85	180	275
36	47	58	61	108	155	86	183	280
37	49	61	62	111	160	87	186	285
38	51	64	63	114	165	88	189	290
39	53	67	64	117	170	89	192	295
40	55	70	65	120	175	90	195	300
41	57	73	66	123	180	91	198	305
42	59	76	67	126	185	92	201	310
43	61	79	68	129	190	93	204	315
44	63	82	69	132	195	94	207	320
45	65	85	70	135	200	95	210	325
46	67	88	71	138	205	96	213	330
47	69	91	72	141	210	97	216	335
48	71	94	73	144	215	98	219	340
49	73	97	74	147	220	99	222	345
50	75	100	75	150	225	100	225	350

- 6.2** Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval
Indien op het polisblad is vermeld dat tandheelkundige kosten zijn meeverzekerd geldt onderstaande clausule tot een bedrag van € 1.000,-:

Indien als direct gevolg van een ongeval beschadiging is ontstaan aan tenminste 2 natuurlijke tanden of kiezen, dan wel aan de gebitsprothese mits daarvoor medische behandeling van mond of mondinhoud noodzakelijk is, zullen de kosten van tandheelkundige respectievelijk tandtechnische behandeling worden vergoed tot maximaal het voor deze rubriek verzekerde bedrag.

- 6.3** Daguitkering bij opname in het ziekenhuis ten gevolge van een ongeval
Indien op het polisblad is vermeld dat een ziekenhuis daguitkering is medeverzekerd geldt onderstaande clausule tot een bedrag van € 12,50 per dag:
- Indien verzekerde als rechtstreeks gevolg van een onder deze verzekering gedekt ongeval in een erkend ziekenhuis wordt opgenomen en deze ziekenhuisopname langer duurt dan 24 uren:
- keert de maatschappij per opnamedag (inclusief de dag van opname en de dag van ontslag uit het ziekenhuis) het voor deze rubriek verzekerde bedrag uit over een periode van maximaal 2 jaar;
 - keert de maatschappij na ontslag uit het ziekenhuis over eenzelfde aantal dagen als de ziekenhuisopname heeft geduurd eveneens het voor deze rubriek verzekerde bedrag uit, echter over een periode van maximaal 150 dagen.
- De uitbetaling van de uitkeringen krachtens deze rubriek geschiedt zo spoedig mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis. Indien de ziekenhuisopname langer duurt dan 30 dagen zullen voorschotten worden verleend.
- 6.4** Geneeskundige kosten ten gevolge van een ongeval
Indien op het polisblad is vermeld dat geneeskundige kosten zijn medeverzekerd geldt onderstaande clausule tot een bedrag van 500,-:
- De maatschappij vergoedt de kosten voor de rechtstreeks uit een ongeval voortvloeiende geneeskundige behandeling, verpleging en het daarmee verband houdende, medisch noodzakelijke vervoer tot maximaal het voor deze rubriek verzekerde bedrag.
- Onder geneeskundige kosten zijn tevens verstaan, de éénmalige kosten van aanschaffing van:
- een prothese (geen gebitsprothese) ter vervanging van een ten gevolge van het ongeval verloren gegaan lichaamsdeel;
 - een invalidewagen;
 - een blindengeleidehond.
- Voor de in deze rubriek omschreven kosten wordt géén vergoeding verleend indien en voor zover verzekerde recht heeft op vergoeding daarvan uit andere hoofde.
- 6.5** Plastische chirurgie ten gevolge van een ongeval
Indien op het polisblad is vermeld dat plastische chirurgie is medeverzekerd geldt onderstaande clausule tot een bedrag van € 5.000,-:
- Indien het lichaamsoppervlak van verzekerde, na het beëindigen van geneeskundige behandeling van een onder deze verzekering gedekt ongeval, is misvormd, mismaakt of ontsierd en verzekerde besluit om in verband daarmee plastische chirurgie te ondergaan met naar de mening van de plastisch chirurg redelijke kans op resultaat, dan vergoedt de maatschappij de met de operatie of poliklinische behandeling verband houdende kosten, voorgeschreven medicamenten, verbanden, andere geneesmiddelen, alsmede de kosten van verpleging in het ziekenhuis. Tenzij uitdrukkelijk anders wordt overeengekomen dient de operatie of poliklinische behandeling binnen 2 jaar na datum van het ongeval plaats te vinden. De vergoeding bij plastische chirurgie bedraagt maximaal het voor deze rubriek verzekerde bedrag. Indien de kosten zoals hierboven vermeld geheel of gedeeltelijk door een andere verzekering al dan niet van oudere datum zijn gedekt, komen deze niet krachtens de dekking van deze verzekering voor vergoeding in aanmerking.
- 6.6** Premievrijstelling bij het overlijden van verzekeringnemer
Indien op het polisblad is vermeld dat premievrijstelling bij het overlijden van verzekeringnemer is medeverzekerd geldt onderstaande clausule:
- Bij het overlijden van verzekeringnemer - of indien de kostwinner niet de verzekeringnemer is, de kostwinner - geldt:
- dat indien ten tijde van het overlijden kinderen zijn meeverzekerd, de verzekering ten behoeve van de resterende verzekerden premievrij wordt tot het einde van het verzekeringsjaar, waarin het jongste meeverzekerde kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt;
 - dat indien ten tijde van het overlijden geen kinderen zijn meeverzekerd, de verzekering ten behoeve van de resterende verzekerde premievrij wordt tot de eerstvolgende contractsvervaldatum na het overlijden van verzekeringnemer.
- Art. 7 Invloed van bestaande ziekte of invaliditeit**
- 7.1** Verergering van de gevolgen van een ongeval door een ziekte, gebrek of door bestaande invaliditeit vóór het ongeval, wordt bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit buiten beschouwing gelaten.
- 7.2** Verergering van een bestaande ziekte door een ongeval geeft geen recht op uitkering.
- 7.3** Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt een reeds voor het ongeval bestaande blijvende invaliditeit in mindering gebracht.
- 7.4** Niet uitgesloten, en derhalve als ongeval gedekt, zijn ongevallen die ontstaan ten gevolge van een ziekte, een gebrek of een lichamelijke of geestelijke toestand.

Art. 8 Maximale uitkering

De uitkeringen zullen geschieden aan de onder artikel 1.4 genoemde gerechtigden.

Indien meerdere verzekerden tezamen gelijktijdig getroffen worden door een en dezelfde verzekerde gebeurtenis is het voor hen tezamen verzekerde bedrag gelimiteerd tot € 1.250.000,= per gebeurtenis voor maximaal alle rubrieken tezamen. Indien ten tijde van een verzekerde gebeurtenis het aantal verzekerden zodanig groot is, dat, uitgaande van dat aantal en de voor die verzekerden te verlenen uitkeringen, genoemd maximum wordt overschreden, dan zullen de verzekerde bedragen per persoon naar evenredigheid worden verlaagd totdat bovengenoemd maximum zal zijn bereikt.

Art. 9 Begunstiging

De uitkeringen zullen geschieden aan de onder artikel 1.4 genoemde gerechtigden.

Art. 10 Melding van een ongeval

10.1 Zodra de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de rechtverkrijgende(n) kennis dragen van een ongeval dat voor de maatschappij tot het doen van een uitkering kan leiden, zijn zij verplicht:

- a. Terstond aan de maatschappij melding te doen van dat ongeval, doch in ieder geval:
 1. in geval van overlijden (rubriek A) 48 uur vóór de begrafenis of crematie;
 2. in geval van blijvende invaliditeit (rubriek B) binnen 90 dagen na het ongeval.
- b. indien de melding later geschiedt, ontstaat alleen recht op uitkering mits ten genoegen van de maatschappij wordt aangetoond dat:
 1. de invaliditeit uitsluitend het gevolg is van een ongeval;
 2. de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot; en
 3. de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelende arts heeft opgevolgd.leder recht op uitkering vervalt evenwel, indien de aangifte later geschiedt dan 5 jaar na het plaatsvinden van het ongeval;
- c. een schriftelijke en ondertekende verklaring omtrent oorzaak en toedracht van het ongeval, alsmede aard en omvang van het letsel aan de maatschappij te overleggen.

10.2 De verzekerde is verplicht:

- a. Zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en al het mogelijke te doen om een spoedig herstel te bevorderen, onder meer door de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;
- b. de door de maatschappij verlangde medewerking te verlenen zoals het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aangewezen arts (de hier aan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij);
- c. de maatschappij onmiddellijk op de hoogte te stellen van zijn geheel of gedeeltelijk herstel.

10.3 De verzekeringnemer, verzekerde en/of rechtverkrijgende(n) is/zijn verplicht:

- a. De maatschappij zo volledig mogelijk over het ongeval in te lichten en voorts alle medewerking te verlenen aan het verkrijgen van door de maatschappij gewenste inlichtingen;
- b. aan de maatschappij opgave te doen van alle aan hen bekende verzekeringen die op het moment van het ongeval geheel of ten dele betrekking hebben op dezelfde verzekerde uitkering;
- c. toestemming of medewerking te verlenen aan alle maatregelen die de maatschappij nodig oordeelt ter vaststelling van de doodsoorzaak (bijvoorbeeld sectie).

10.4 De door de verzekeringnemer, verzekerde en/of rechtverkrijgende(n) verstrekte c.q. te verstrekken opgaven, mondeling dan wel schriftelijk, dienen tot de vaststelling van de aard en omvang van het ongeval en letsel alsmede recht op uitkering. Indien de verzekeringnemer, verzekerde/of rechtverkrijgende(n) een in dit artikel vermelde verplichting niet is/zijn nagekomen verleent de maatschappij geen uitkering, tenzij genoemde personen aantonen dat de belangen van de maatschappij niet zijn geschaad. Elk recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer, verzekerde en/of rechtverkrijgende(n) ten aanzien van een ongeval opzettelijk onjuiste gegevens verstrekt/verstrekken.

Art. 11 Verval van recht op uitkering

Elk vorderingsrecht van de verzekeringnemer of rechtverkrijgende(n) strekkende tot betaling van een uitkering vervalt:

11.1 indien de melding van het ongeval niet plaats heeft binnen de in artikel 10.1.a gestelde termijnen;

11.2 na één jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de verzekeringnemer of rechtverkrijgende(n) kennis kreeg/gregen van het definitieve standpunt van de maatschappij.

Art. 12 Wijziging beroep of werkzaamheden

12.1 Mededeling

Indien een verzekerde van beroep of werkzaamheden verandert moet verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de wijziging schriftelijk mededelen.

12.2 Beoordeling

De beoordeling of het nieuwe beroep of de nieuwe werkzaamheden een risicoverzwaren betekenen zal worden getoetst aan de op het moment van wijziging geldende acceptatieregels van de maatschappij.

12.3 Tijdige mededeling

In geval van tijdige mededeling van een risicoverzwaren heeft de maatschappij het volgende recht:

- a. Bij een aanvaardbare risicoverzwaren wordt de premie aan het nieuwe risico aangepast, waarbij ook andere voorwaarden kunnen worden gesteld. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 30 dagen tegen die aanpassing bezwaar aan te tekenen, in welk geval deze verzekering wordt beëindigd aan het einde van deze genoemde termijn met teruggave van premie over het tijdvak waarvoor de verzekering niet meer van kracht is.
- b. Bij een onaanvaardbare risicoverzwaren heeft de maatschappij het recht deze verzekering te beëindigen met inachtneming van een opzeggingstermijn van tenminste 30 dagen met teruggave van premie over het tijdvak waarvoor de verzekering niet meer van kracht is.

12.4 Geen mededeling

- a. Bij een aanvaardbare risicowijziging vindt voor beroepsongevallen uitkering plaats in verhouding van de oude tot de nieuw verschuldigde premie met ingang van de dertigste dag na de datum van wijziging van beroep of werkzaamheden.
- b. Bij onaanvaardbare risicowijziging bestaat vanaf de dertigste dag na de datum van de wijziging van beroep of werkzaamheden slechts recht op uitkering voor ongevallen die niet tijdens beroepsuitoefening zijn ontstaan. De verzekeringnemer heeft het recht deze beperkte verzekering op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag dat de opzegging de maatschappij bereikt.

Art. 13 Terugbetaling van premie

- 13.1 In afwijking van de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden (MAPP) artikel 5.5 Terugbetaling van premie, geldt het navolgende:

Uitsluitend bij beëindiging van de verzekering in het geval als vermeld in artikel 4 van de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden MAPP en artikel 14.3 verleent de maatschappij teruggave van de premie over het tijdvak waarvoor de verzekering niet meer van kracht is.

Art. 14 Einde van de verzekering/dekking

In afwijking van de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden (MAPP) artikel 3 Einde van de verzekering, geldt het navolgende:

- 14.1 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door de maatschappij uitsluitend:

- a. indien verzekeringnemer de premie verschuldigd op de eerste premieervaldag niet tijdig betaalt of weigert te betalen alsmede indien verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt of weigert te betalen, in het laatste geval echter uitsluitend indien de maatschappij verzekeringnemer na het verstrijken van de premieervaldag vruchteloos tot betaling van de vervolgpremie heeft aangemaand. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, zij het in geval van niet-tijdige betaling niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;
- b. binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden dan wel de maatschappij de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

- 14.2 De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging door verzekeringnemer:

- a. tegen het einde van de op het polisblad vermelde geldigheidsduur of, indien de geldigheidsduur meer dan vijf jaar belooft, telkens tegen het einde van het vijfde verzekeringsjaar, met inachtneming van een opzeggingstermijn van twee maanden;
- b. één maand na de datum waarop de maatschappij ten aanzien van een aanspraak van een verzekerde uit de polis een definitief standpunt heeft ingenomen, hetzij door de aanspraak af te wijzen, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale afdoening, indien verzekeringnemer van dit recht gebruik maakt tot uiterlijk één maand nadat de schade is afgewikkeld;
- c. binnen twee maanden nadat de maatschappij tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

- 14.3 De verzekering eindigt bovendien:

- a. aan het eind van het verzekeringsjaar, waarin verzekerde 70 jaar is geworden;
- b. op de dertigste dag nadat verzekerde zich blijvend buiten Nederland heeft gevestigd.

- c. op een door de verzekeringnemer te bepalen toekomstig tijdstip nadat verzekerde 60 jaar of ouder geworden is, lijdt aan een slepende ziekte of in ernstige mate blijvend invalide is;
- d. in de gevallen genoemd in artikel 12.4 (wijziging van beroep of werkzaamheden);
- e. indien door de maatschappij voor die verzekerde een uitkering wordt verleend op basis van 100 % blijvende invaliditeit;
- f. indien door de maatschappij voor die verzekerde het totaal verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit is uitgekeerd;
- g. zodra de maatschappij kennis draagt van het overlijden van die verzekerde.

Art. 15 Geschillen Toezicht

- 15.1** Geschillen betreffende deze verzekering zijn, behoudens het in artikel 15.2 bepaalde, onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter.
- 15.2** Geschillen betreffende de oorzaak, aard, omvang en gevolgen van het lichamelijk letsel zullen aan één in onderling overleg te benoemen deskundige worden voorgelegd, tenzij wordt overeengekomen, dat twee deskundigen het geschil behandelen. In het geval van benoeming van twee deskundigen, benoemen de verzekeringnemer en de maatschappij ieder één deskundige. Voor het geval van verschil benoemen deze deskundigen tezamen een derde deskundige. Bij onenigheid over de keus van de derde deskundige geschiedt diens benoeming door de kantonrechter op eenvoudig verzoekschrift van de meest gereede partij. De verzekeringnemer en de maatschappij dragen ieder de kosten van de door hen aangewezen deskundige, terwijl de kosten van de derde deskundige door ieder voor de helft worden gedragen. De uitspraak van de deskundige(n), waaronder ook de verdeling van de kosten van de deskundige(n), wordt aanvaard als een advies dat de verzekeringnemer en de maatschappij bindt.