

Noventas Individuele Ongevallenverzekering Defensie

Artikel	Pagina
Definities	2
Basis	2
Verplichtingen van de verzekerde	2
Uitsluitingen	3
Poliswijziging	4
Termijn, verlengingsdata, beëindiging en premie-restitutie	4
Afwikkeling van claims	5
Adres en kennisgevingen	5
BIJZONDERE VOORWAARDEN	5
Definities	5
Uitsluitingen	6
Verplichtingen in geval van een claim	6
Uitkeringen	7
Arbitrage	9
Verandering van onderneming of activiteiten	10
Einde van de verzekering en/of dekking	10
Subrogatie	10

Tenzij de partijen uitdrukkelijk anderszins overeenkomen voldoet dit contract aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in paragraaf 7:925 BW indien en voor zover de schade waarvoor een verzoek tot vergoeding wordt ingediend, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan het, op het moment dat de verzekeringspolis werd afgesloten, niet zeker was voor de partijen dat zich daardoor een schadegeval had voorgedaan of dat zich dit onder normale omstandigheden nog voor zou doen.

ALGEMENE VOORWAARDEN

ARTIKEL 1

DEFINITIES

Voor de doelstellingen van de verzekering worden de volgende definities gebruikt:

1.1 Verzekerde:

De partij met wie de verzekeringspolis wordt afgesloten en die als zodanig vermeld wordt in de polis.

1.2 Verzekeraars / de verzekeraar

De partijen die gezamenlijk het verzekerde risico dragen, elk voor zijn eigen deel in de verzekerde som.

1.3 Gebeurtenis

Een incident waarvan het optreden nog onzeker is bij de aanvang van de verzekering en dat een schade veroorzaakt die gedekt wordt in overeenstemming met dit contract.

ARTIKEL 2

BASIS

2.1 Verstreekte gegevens

Alle informatie en declaraties die onmiddellijk bij het aanvragen van de verzekering of later door de verzekerde zijn verschaft, hetzij door middel van een schriftelijke aanvraag, een aanvraag per telefoon, via het internet of door middel van een ander communicatiemiddel, vormen de basis van de verzekering en worden geacht er één geheel mee te vormen. Het polisblad en andere ondertekende documenten of berichten die door de verzekeraar op basis van de bovenstaande informatie en verklaringen zijn opgesteld en die aan het laatst aan de verzekeraar bekende adres van de verzekerde zijn verstuurd beschrijven de inhoud van het contract. In geval van onnauwkeurigheden is de verzekerde verplicht om deze onnauwkeurigheden onmiddellijk te melden. Alle aanspraken op een uitkering vervallen als bekend wordt dat één of meer antwoorden onjuist waren.

2.2 Verwerking van persoonsgegevens

De verzekeraar verwerkt de persoonsgegevens die bij een aanvraag voor, of wijziging van de verzekeringspolis zijn verstrekt met als doel het afsluiten en uitvoeren van verzekeringscontracten en/of het leveren van financiële diensten en het beheren van de relaties die daaruit voortvloeien, met inbegrip van het voorkomen en bestrijden van fraude en het uitvoeren van activiteiten die gericht zijn op het vergroten van het klantenbestand.

2.3 Klachteninstanties

Alle klachten en geschillen met betrekking tot de bemiddeling, afsluiting en uitvoering van het verzekeringscontract kunnen worden voorgelegd aan het interne klachtenbureau van de verzekeraar of de klachtenmanager. Als de verzekerde niet tevreden is met het oordeel van de verzekeraar, dan kan hij/zij zich wenden tot het Nederlandse Klachteninstituut Financiële Dienstverlening:

Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. Als de verzekerde er de voorkeur aan geeft geen gebruik te maken van de geboden mogelijkheden voor klachtenafhandeling, of niet tevreden is met de behandeling of het resultaat van de klacht, dan kan de verzekerde het geschil voorleggen aan de rechter.

2.4 Informatievoorziening

Krachtens de regelgeving met betrekking tot informatievoorziening moeten schadeverzekeraars anders dan levensverzekeringsmaatschappijen hun klanten voordat ze een verzekeringspolis afsluiten informeren over:

- a. de wetten die van toepassing zijn op de verzekeringsovereenkomst;
- b. de naam, de bedrijfsvorm, het adres en de statutaire zetel van de verzekeraar.

2.5 Geschillen

Tenzij uitdrukkelijk anderszins overeengekomen zijn geschillen met betrekking tot het verzekeringscontract onderhevig aan Nederlands recht. De rechtbank in Almelo is bevoegd om alle geschillen te horen: Egbert Gorterstraat 5, 7607 GB Almelo, Nederland.

De verzekeraar stemt ermee in dat alle dagvaardingen, kennisgevingen of procedures die aan hem moeten worden betekend om juridische procedures tegen hem in te stellen in verband met deze verzekering naar behoren worden betekend als ze geadresseerd en bezorgd worden ten name van de vertegenwoordiger van Lloyd's in Nederland:

Benelux Regional Manager
Lloyd's Netherland Representative B.V
Beurs-World Trade Centre
Beursplein 37
P.O. Box 30196
3001 DD Rotterdam
Tel +31 (0) 10 205 2110

die in dat geval gemachtigd is om de stukken namens de verzekeraar in ontvangst te nemen.

Door het verlenen van deze machtiging doet de verzekeraar geen afstand van zijn recht op eventueel uitstel of langere tijdsperiodes waarop hij recht kan hebben voor de betekening van een dergelijke oproep, kennisgeving of procedure op grond van zijn verblijf of vestiging in Engeland.

ARTIKEL 3

VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

- 3.1 Premie, betalingsachterstand en opschorting van dekking.
 - 3.1.1 U moet de premie, kosten en de assurantiebelasting (indien van toepassing) voor uw verzekering(en) binnen 30 dagen na de vervaldatum vooruit betalen.
 - 3.1.2 Als u niet hebt betaald of weigert om de premie, kosten en de assurantiebelasting (indien van

toepassing) binnen 30 dagen volledig te betalen, dan ontvangt u een aanmaning. Indien de premie, kosten en de assurantiebelaasting (indien van toepassing) na de in de aanmaning vermelde termijn nog niet betaald zijn, dan wordt met terugwerkende kracht de dekking opgeheven voor alle polissen vanaf de datum dat u premie, kosten en assurantiebelaasting (indien van toepassing) verschuldigd was. U bent nog steeds verplicht om de premie, kosten en assurantiebelaasting (indien van toepassing) te betalen.

- 3.1.3 Alle kosten die de verzekeraar maakt, zowel in als buiten rechte, voor het innen van verschuldigde betalingen en de wettelijke rente die daarop van toepassing is, zijn voor rekening van de verzekerde.
- 3.1.4 Indien de premie, kosten en de assurantiebelaasting (indien van toepassing) binnen 60 dagen na de vervaldag wordt betaald, dan wordt de dekking weer ingesteld op de dag volgend op de dag dat de verzekeraar de volledige betaling van de verschuldigde betaling en de kosten ontvangt en accepteert.
- 3.1.5 De verzekeraar is gemachtigd om uitkeringen die hij verschuldigd is aan de verzekerde te verrekenen met eventueel verschuldigde premiebetalingen.
- 3.1.6 De verzekerde is niet gemachtigd om uitkeringen die aan hem/haar verschuldigd zijn te verrekenen met verschuldigde premiebetalingen, behalve indien met de uitdrukkelijke voorafgaande instemming van de verzekeraar.
- 3.1.7 Als de premie, kosten en de assurantiebelaasting 60 na de vervaltijd nog niet betaald is, wordt de verzekering per vervaldag opgezegd.

3.2 Voor zover dit op hen van toepassing is hebben de verzekerde of een andere verzekerde partij de volgende verplichtingen:

- a. ze moeten de verzekeraar zo snel mogelijk en uiterlijk binnen 30 dagen in kennis stellen van een adreswijziging;
- b. zo gauw hij/zij of de partij die recht heeft op een uitkering bekend is of bekend had moeten zijn met een gebeurtenis die zou kunnen resulteren in een betalingsverplichting voor de verzekeraar, is hij/zij verplicht om de verzekeraar onmiddellijk, in ieder geval zo snel als redelijkerwijs mogelijk, van die gebeurtenis in kennis te stellen;
- c. ze dienen de verzekeraar alle relevante documenten te sturen en alle informatie te geven, indien gewenst schriftelijk, en alle aanwijzingen op te volgen die door of namens de verzekeraar worden gegeven;
- d. ze dienen de verzekeraar de gelegenheid te geven de gebeurtenis te onderzoeken;
- e. ze dienen zich te onthouden van alles dat de belangen van de verzekeraar zou kunnen schaden;
- f. de verzekerde moeten voldoen aan hun verplichtingen in geval van een gebeurtenis als uiteengezet in de Bijzondere Voorwaarden die van toepassing zijn op het verzekerde belang.

ARTIKEL 4

UITSLUITINGEN

De volgende ongevallen vallen niet onder de verzekering::

4.1 Schade door nucleaire reacties:

Dit betreft schade die veroorzaakt wordt door, tijdens of als gevolg van nucleaire reacties, ongeacht hoe deze hebben plaatsgevonden. Onder een nucleaire reactie wordt verstaan elke nucleaire reactie waarbij energie vrijkomt, zoals atoomfusie, atoomsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

4.2 Schade door deelname aan oorlogshandelingen:

Dit betreft schade die veroorzaakt wordt door of die het gevolg is van:

- gewapend conflict: onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarbij staten of georganiseerde partijen elkaar bestrijden (of ten minste één partij de ander bestrijdt) met gebruikmaking van militaire wapens. Onder gewapend conflict wordt ook verstaan gewapend optreden door een Vredesmacht van de Verenigde Naties;
- burgeroorlog: onder burgeroorlog wordt verstaan een min of meer georganiseerde, gewelddadige strijd tussen de inwoners van dezelfde staat waarbij een beduidend aandeel van de inwoners betrokken is;
- opstand: onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- civiele onrust: onder civiele onrust wordt verstaan min of meer gewelddadige handelingen die plaatsvinden op verschillende plaatsen in een staat;
- rellen: onder rellen wordt verstaan een min of meer georganiseerd, lokaal gewelddadig optreden door een beweging die gericht is tegen het openbaar gezag;
- muiterij: onder een muiterij wordt verstaan een min of meer georganiseerd gewelddadig optreden door leden van een gewapende macht, die is gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

De verzekeraar moet aantonen dat de schade veroorzaakt is door, of ontstaan is door, een van de genoemde oorzaken.

Opmerking:

De zes genoemde vormen van oorlogshandelingen, evenals de definities van deze oorlogshandelingen, vormen een onderdeel van de tekst die op 2 november 1982 door het Verbond van Verzekeraars is ingediend bij de griffie van de Arrondissementsrechtbank van Den Haag.

4.3 Schade die voor de verzekerde het beoogde of zekere gevolg is van zijn handelen of nalaten, of het niet uitoefenen van de normale voorzichtigheid om ongevallen te voorkomen.

4.4 Indien onjuiste informatie wordt verschaft en/of fraude wordt begaan.

4.4.a Onjuiste informatie:

De volledige vergoeding wordt uitgesloten van de verzekering indien, met betrekking tot de gebeurtenis en/of de omvang daarvan, de verzekerde geheel of gedeeltelijk onjuiste informatie heeft verschaft, of informatie heeft achtergehouden, waarvan hij wist of had kunnen weten dat deze van belang was voor de verzekeraar met betrekking tot het beoordelen van de vergoeding voor de verzekerde; vergoeding die al door de verzekeraar betaald is voor de schade en/of de kosten zal worden verhaald.

4.4.b Fraude:

Uitgesloten van de verzekering zijn fraude (opzettelijk handelen met als doel het misleiden van de verzekeraar), hetzij geheel of gedeeltelijk. Behalve de al genoemde gevolgen heeft fraude tot gevolg dat:

- alle kosten die gemaakt worden door de verzekeraar in verband met de claim verhaald zullen worden op de verzekerde;
- de verzekeraar gerechtigd is om rapport uit te brengen aan de politie, de rechterlijke macht en alle andere instanties die voor dat doel zijn aangewezen;
- de verzekeraar gerechtigd is om andere verzekeraars te informeren over de gepleegde fraude;
- de persoonsgegevens worden opgeslagen in bestanden die voor dat doel zijn opgesteld en in goedgekeurde waarschuwingssystemen van de collectieve verzekeraars.

4.5 Als de verzekerde niet voldoet of voldaan heeft aan zijn/haar verplichtingen als uiteengezet in artikel 3.2, evenals aan de verplichtingen als uiteengezet in de Bijzondere Voorwaarden en alle bijzondere clausules, tenzij de verzekerde tot volledige tevredenheid van de verzekeraar kan aantonen dat dit de belangen van de verzekeraar niet heeft geschaad.

4.6 Schade die zich voordoet of die veroorzaakt wordt terwijl de verzekerde een strafbaar feit pleegt of daaraan deelneemt, met inbegrip van deelname aan het strafbaar feit.

4.7 Schade als gevolg van:

- a. oorlog, verklaard of niet, tussen (een aantal van) de volgende landen, namelijk China, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, de Russische Federatie en de Verenigde Staten, of
- b. oorlog in Europa, verklaard of niet, anders dan:
 - (i) burgeroorlog,
 - (ii) elke handhavingsactie door of namens de Verenigde Naties,

waarbij een of meerdere van de landen die genoemd worden onder (a) hierboven of hun krijgsmacht betrokken zijn.

ARTIKEL 5

POLISWIJZIGING

Als de verzekeraar de tarieven en/of de voorwaarden wijzigt, dan heeft de verzekeraar het recht om de verzekeringspolis aan te passen in overeenstemming met die wijziging met ingang van de hoofdpremieverlengingsdatum of een eerdere wijzigingsdatum voor de polis. De verzekeraar moet de verzekerde vóór de betreffende verlengingsdatum informeren over de voorgestelde wijziging, mogelijkwerwijs door middel van een bericht bij of op de factuur/ontvangstbewijs voor de verlenging of door bijsluiting van een gewijzigd polisblad. Dit artikel is niet van toepassing in geval van een wijziging op grond van wijzigingen in het indexcijfer voor verzekeringspolissen die gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

ARTIKEL 6

TERMIJN, VERLENGINGSDATA, BEËINDIGING EN PREMIE-RESTITUTIE

6.1 Verzekeringstermijn en verlengingsdata

De termijn van het contract is een termijn die vermeld wordt op het polisblad (van de raamovereenkomst). De verlengingsdatum van het contract is de dag waarop het contract eindigt. Op die dag wordt de polis stilzwijgend verlengd, elke keer met dezelfde termijn zoals vermeld op het polisblad. De hoofdpremieverlengingsdatum is de dag waarop de premie jaarlijks verschuldigd wordt, met een

premiebetaling in twaalf maandelijkse termijnen. Indien het polisblad vermeldt dat de betaling van de premie gedaan wordt voor een termijn van minder dan twaalf maanden, dan zullen er behalve de hoofdpremieverlengingsdatum één of meer andere premieverlengingsdata zijn waarop premie verschuldigd is.

Als de betalingstermijn voor de premie één maand is, dan zullen er elf premieverlengingsdata zijn, elk één maand later vanaf de datum van de hoofdpremieverlengingsdatum

6.2 Beëindiging

6.2.1 De verzekerde kan een wijziging als bedoeld in artikel 5 binnen 30 dagen na de premieverlengingsdatum weigeren, tenzij;

- de wijziging een vermindering van de premie betekent bij behoud van dezelfde dekking;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking betekent zonder dat een hoger tarief wordt berekend.

In het geval van een schriftelijke weigering eindigt de verzekering op de dag waarop de wijziging van kracht wordt; anders wordt de verzekerde geacht akkoord te zijn gegaan met de wijziging.

6.2.2 De verzekerde en de verzekeraar kunnen een stilzwijgend verlengde verzekeringspolis in zijn geheel of gedeeltelijk beëindigen:

- door een schriftelijk kennisgeving van annulering;
- ten minste twee maanden voor de verlengingsdatum van het contract, maar niet dan nadat het eerste verzekeringsjaar is afgesloten. Indien afgegeven door de verzekeraar, gaat de annulering in op de eerste datum waarop de premie verschuldigd is na een opzeggingstermijn van 60 dagen volgend op de kennisgeving van de annulering door de verzekeraar; indien afgegeven door de verzekerde gaat de annulering in vanaf de eerste datum waarop de premie verschuldigd is na een opzeggingstermijn van 30 dagen volgend op de kennisgeving van de annulering door de verzekerde;
- onderhevig aan een opzeggingstermijn van twee maanden als er een schade gemeld is, maar niet later dan binnen twee maanden na de afsluiting van de claimafwikkeling;
- als de verzekeraar van mening is dat de verzekerde niet of niet volledig voldoet aan zijn verplichtingen die de polis oplegt aan de verzekerde;
- als de verzekeraar de verzekering niet wenst voort te zetten op grond van informatie van de verzekerde. Als dergelijke informatie gerelateerd is aan een verandering van het risico kan de verzekering mogelijk worden voortgezet voor een premie en/of voorwaarden die moeten worden overeengekomen. Als er geen overeenkomst wordt bereikt, dan heeft de verzekeraar het recht om de verzekering te annuleren gedurende twee maanden vanaf de datum van de weigering van de polishouder of de verzekerde om akkoord te gaan met de gewijzigde premie en/of voorwaarden waaronder de verzekeraar de verzekering wil voortzetten. De verzekeraar mag geen persoonlijke verzekering opzeggen of wijzigen op grond van een verslechtering van het gezondheidsrisico. Als de verzekering deel uitmaakt van een polis op basis van een raamovereenkomst waarin meerder polissen zijn samengevoegd, dan kan alleen het deel (de kop) waarop de wijziging van toepassing is

- worden geannuleerd, tenzij de verzekerde opzettelijk tracht de verzekeraar te misleiden.
- 6.2.3 De verzekeraar kan de verzekering binnen twee maanden met onmiddellijk ingang annuleren nadat is vastgesteld dat:
- de verzekerde nalaat om aan zijn/haar meldingsplicht te voldoen en de verzekeraar geen verzekering zou hebben afgesloten als de verzekeraar de werkelijke situatie had gekend.
 - de verzekerde met opzet getracht heeft om de verzekeraar te misleiden.
- 6.2.4 De verzekering voor de verzekerde eindigt dertig dagen nadat de verzekerde zich buiten Nederland heeft gevestigd, tenzij de verzekerde wordt uitgezonden buiten Nederland terwijl hij/zij dienst doet als lid van de Nederlandse krijgsmacht of de politie.
- 6.2.5 De verzekeraar is gerechtigd om alle verzekeringspolissen van de verzekerde met onmiddellijke ingang schriftelijk op te zeggen indien de verzekeraar kennis verwerft over fraude die door de verzekerde is gepleegd jegens de verzekeraar of een andere verzekeraar.

6.3 Restitutie

Voor polissen die jaarlijks worden betaald zal de verzekeraar in geval van voortijdige annulering van de verzekering de verzekerde het bedrag aan premie terugbetalen dat verschuldigd is voor de periode dat de verzekering niet langer van kracht is, berekend op een pro-rata basis.

ARTIKEL 7

AFWIKKELING VAN CLAIMS

- 7.1 Tenzij de omvang van de claim en de hoogte van de kosten zijn geregeld in onderling overleg, zullen deze worden bepaald door een expert die benoemd wordt door de verzekeraar, onder meer op basis van de bijzonderheden en de informatie die door de verzekeraar worden aangeleverd.
- 7.2 Als de verzekeraar dat wenst zijn de verzekerde verplicht om alle rechten die zij boven andere partijen met betrekking tot de claim kunnen doen gelden, schriftelijk over te dragen aan de verzekeraar. De verzekeraar doet afstand van zijn wettelijke recht op verhaal jegens de verzekerde, behalve in geval van een uitsluiting als bedoeld in artikel 4 met betrekking tot die verzekerde partij.
- 7.3 De verzekeraar heeft zeggenschap in de afwikkelingsprocedure van de claim en alle daaruit voortvloeiende juridische procedures.

ARTIKEL 8

ADRES EN KENNISGEVINGEN

Als adres van de verzekerde wordt beschouwd het adres dat het laatst bekend was bij de verzekeraar of als gewijzigd en vermeld op de voorzijde van het polisblad of in de vermeldingen. Kennisgevingen van de verzekeraar aan de verzekerde kunnen worden gedaan aan dit adres of aan het adres van de verzekeringsadviseur die de bemiddeling heeft gedaan voor deze verzekering.

BIJZONDERE VOORWAARDEN

ARTIKEL 9

DEFINITIES

9.1 De verzekerde:

De partij waarvan de dood of blijvende invaliditeit of posttraumatische stressstoornis of ziekenhuisopname verzekerd is en die als zodanig vermeld wordt op het polisblad.

9.2 Begunstigde

Iedere persoon die genoemd wordt op het polisblad als de begunstigde van de verzekerde, en bij afwezigheid daarvan de wettelijke erfgenamen van de verzekerde.

9.3 Ongeval:

Onder een ongeval wordt verstaan een plotseling heftig effect afkomstig van buiten het lichaam van de verzekerde dat zich voordoet binnen de verzekeringstermijn en dat binnen 12 maanden na de datum van het ongeval resulteert in een medisch vastgesteld overlijden of blijvende invaliditeit van de verzekerde.

Een ongeval kan onder meer betrekking hebben op:

- 9.3.1 de gevolgen van een verkeerde medische behandeling, wondinfectie of bloedvergiftiging die direct gerelateerd is aan het verzekerde ongeval;
- 9.3.2 fysiek letsel door legitieme zelfverdediging, evenals door het redden van personen, dieren of eigendom of pogingen daartoe;
- 9.3.3 acute vergiftiging als gevolg van het inslikken of binnenkrijgen van giftige en/of bijtende gassen, dampen, stoffen, vloeistoffen, voedsel en/of drinken, evenals het onvrijwillig doorslikken van voorwerpen, met uitzondering van medicijnen en stimulerende of verdoovende middelen, tenzij deze zijn afgegeven op basis van een medisch recept in verband met een gedekt ongeval. Uitgesloten zijn infectie of vergiftiging door bacteriën of virussen, behalve als bepaald in artikel 10.3.6;
- 9.3.4 verstuiken, uit de kom raken, verrekken of scheuren van spieren of pezen;
- 9.3.5 bevriezen, verbranden (met uitzondering van zonnebrand en/of straling, behalve als voorzien in artikel 10.3.1), verdrinking, verstikking of zonnesteek, evenals uitputting, uitdroging, of zonnebrand als gevolg van geïsoleerd raken door, bijvoorbeeld, onvrijwillige beknelling, instorting, ingesneeuwd of ingevroren raken, neerstorten met een vliegtuig of schipbreuk;
- 9.3.6 bacteriële of virusinfectie door vallen in een vaste of vloeibare substantie;
- 9.3.7 fysiek letsel opgedaan bij het uitvoeren van activiteiten als lid van de vrijwillige of de bedrijfsbrandweer en de noodhulpdiensten van een bedrijf.

9.4 Blijvend

Blijvend betekent geen hoop op verbetering nadat twaalf maanden zijn verstreken.

9.5 Ziekenhuis

Een instelling die is uitgerust om patiënten voor langere tijd op te nemen en die voorzieningen heeft voor diagnose, het uitvoeren van chirurgische ingrepen en behandeling.

Hieronder valt niet een langdurig verblijf in een verzorgingstehuis, een bejaardenhuis of een andere instelling voor langdurige verzorging.

9.6 Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Een angststoornis die zich ontwikkelt na blootstelling aan een angstaanjagend incident of een beproeving die zich na de aanvangsdatum van de PTSS heeft voorgedaan en waarbij de verzekerde ernstig letsel heeft opgelopen of waargenomen of daarmee is bedreigd.

De stoornis moet worden gediagnosticeerd door een bevoegd arts en moet voldoen aan de beschrijving ervan in het "DSM IV Handboek voor diagnose en statistiek betreffende geestesstoornissen", dat is gepubliceerd door de American Psychiatric Association).

9.7 Aanvangsdatum PTSS

De op het polisblad vermelde datum waarop de verzekerde voor het eerst verzekerd was voor PTSS en met ingang waarvan de PTSS-dekking voortdurend van kracht geweest is onder deze polis en alle eerdere polissen van de verzekeraars en/of AIG/Chartis die door het agentschap van Noventas werden beheerd en met ingang waarvan de verzekerde de premie voor PTSS-dekking ononderbroken heeft betaald.

9.8 Bevoegd arts

Een wettelijk bevoegd arts in Nederland anders dan de verzekerde of een lid van de familie van de verzekerde .

9.9 Kaping

De wederrechtelijke inbeslagname van, of de onrechtmatige uitoefening van zeggenschap over een vliegtuig of een ander openbaar vervoermiddel waarin de verzekerde reist als passagier.

9.10 Ontvoering

Het illegaal vastnemen en vasthouden van de verzekerde door personen die vervolgens specifiek een betaling uit het vermogen van de verzekerde eisen als voorwaarde voor vrijlating van de verzekerde.

9.11 Persoonlijke eigendommen

Persoonlijke artikelen die het eigendom zijn van de verzekerde.

ARTIKEL 10

UITSLUITINGEN

Niet gedekt zijn ongevallen die zich voordoen:

- 10.1 met opzet of met de goedkeuring van een begunstigde;
- 10.2 geheel of gedeeltelijk als gevolg van ziekte of een lichamelijke aandoening of aandoeningen die al bestonden voor het begin van de verzekering, evenals de verergerende effecten daarvan op een ongeval;
- 10.3 door onder invloed te zijn van bedwelmende, stimulerende of gelijksoortige stoffen evenals alcoholische dranken, wanneer het alcoholpercentage in het bloed meer bedraagt dan 1,5 promille, tenzij de verzekerde of de begunstigde kan bewijzen dat er geen oorzakelijk verband was tussen het ongeval en het onder invloed zijn;

- 10.4 door het begaan, of mede begaan of het medeplichtig zijn aan een strafbaar feit;
- 10.5 door een onderneming die onnodig geacht kan worden voor het uitvoeren van de activiteiten die beschreven worden op het polisblad;
- 10.6 door deelname aan een sport die niet als amateur wordt beoefend, evenals de training daarvoor;
- 10.7 door grove veronachtzaming van de veiligheidsmaatregelen en regels die vereist zijn bij het rondtrekken door hooggebergte en gletsjers (met of zonder ski's), evenals tijdens het beklimmen van (klauteren op) rotsen en over ijs;
- 10.8 bij de voorbereiding van of deelname aan snelheidswedstrijden en/of races in een motorvoertuig, vliegtuig of vaartuig;
- 10.9 tijdens het berijden van een motorfiets of scooter als de verzekerde jonger is dan 24 jaar;
- 10.10 door oorlogshandelingen, tenzij het ongeval plaatsvindt buiten Nederland binnen 14 dagen na de eerste keer dat dergelijke gebeurtenissen zich voordoen in een land waar de verzekerde verblijft en de verzekerde door de gebeurtenissen die daar uitbreken wordt overvallen;
- 10.11 door rellen, onlusten of ongeregelde heden en de maatregelen die daartegen worden genomen, tenzij de verzekerde in staat is om aan te tonen dat hij/zij daar niet actief aan deelnam door aansporing of aan de zijde van de oproerlingen;
- 10.12 door terroristische activiteiten waarbij een kernwapen, een andere nucleaire inrichting of chemische of biologische wapens worden gebruikt, al dan niet als dreigmiddel, ongeacht eventuele bijkomende oorzaken.
- 10.13 door invaliditeit, een aandoening of een ziekte waarvoor de verzekerde medische of psychiatrische behandeling of counseling kreeg of nodig had vóór de afsluitingsdatum van deze verzekering.

ARTIKEL 11

VERPLICHTINGEN IN GEVAL VAN EEN CLAIM

- 11.1 De verplichtingen van de verzekerde
 - 11.1.1 In het geval van blijvende invaliditeit, is de verzekerde verplicht:
 - 1. om zo snel mogelijk medische behandeling te zoeken en/of voort te zetten als dit redelijkerwijs nodig is;
 - 2. zich op verzoek van de verzekeraar te laten onderzoeken door een bevoegde arts die de verzekeraar aanwijst, of zich op te laten nemen in een door de verzekeraar aangewezen ziekenhuis of instelling. De hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de verzekeraar.

- 11.1.2 In het geval van een posttraumatische stressstoornis is de verzekerde verplicht om zo snel mogelijk medisch behandeling te zoeken en/of voort te zetten en om alle medisch advies op te volgen als voorgeschreven door de bevoegde arts of artsen die de aandoening hebben gediagnosticeerd en/of behandelen.
- 11.1.3 Indien in geval van gedekte schade aan persoonlijke eigendommen dergelijke schade optreedt terwijl het eigendom onder beheer is van een luchtvaartmaatschappij, is de verzekerde verplicht om de luchtvaartmaatschappij onmiddellijk schriftelijk hiervan in kennis te stellen, maar in ieder geval binnen 48 uur, en een Property Irregularity Report (PIR) te verkrijgen.

11.2 Schademelding

- 11.2.1 In geval van overlijden zijn de verzekerde of de begunstigde en/of de belanghebbende partij of partijen verplicht:
1. om de verzekeraar via Noventas hiervan niet later dan 48 uur voor de begrafenis of crematie per telefoon, telegram of fax in kennis te stellen;
 2. om de door de verzekeraar aangewezen bevoegde arts alle gelegenheid te geven om een onderzoek in te stellen naar de doodsoorzaak voor zover de bevoegde arts dat nodig acht.
- 11.2.2 In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde is de verzekerde verplicht om zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden, de verzekeraar via Noventas te informeren over een ongeval waaruit het recht op een uitkering voor blijvende invaliditeit zou kunnen resulteren. Toch geldt dat als de kennisgeving later wordt gedaan, maar binnen twee jaar vanaf de datum van het ongeval, er toch een recht op uitkering kan ontstaan, op voorwaarde dat naar tevredenheid van de verzekeraar wordt aangetoond dat:
- de invaliditeit uitsluitend het gevolg is van het ongeval,
 - de gevolgen van het incident niet verergerd zijn door ziekte, invaliditeit of een abnormale lichamelijke of geestelijke aandoening, en
 - de verzekerde de instructies van de behandelend arts in alle opzichten heeft opgevolgd.
- 11.2.3 In geval van posttraumatische stressstoornis van de verzekerde is de verzekerde verplicht om zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden, de verzekeraar via Noventas te informeren over een diagnose waaruit het recht op een uitkering zou kunnen resulteren.
- 11.2.4 In geval van ziekenhuisopname is de verzekerde verplicht om de verzekeraar via Noventas binnen 60 dagen na ontslag uit het ziekenhuis te informeren over alle claims.
- 11.2.5 In geval van schade aan persoonlijke eigendommen is de verzekerde verplicht om de verzekeraar via Noventas binnen 30 dagen na de datum waarop de schade is ontstaan te informeren over alle claims. Een bewijs van eigendom is verplicht voor alle persoonlijke eigendommen.

Alle gebeurtenissen of schade die aanleiding kunnen geven tot een claim moeten worden bekendgemaakt aan de verzekeraar via Noventas, van wie ook een claimformulier moet worden verkregen. De contactgegevens worden hieronder gegeven. Dit moet zo snel als redelijkerwijs mogelijk is worden gedaan en in elk geval niet later dan de termijnen die hierboven gezet voor elk type schade zijn vermeld. Nalaten om de verzekeraar via Noventas tijdig te informeren kan resulteren in het niet honoreren van claims. De claims zelf zullen door Intrust Nederland bv verder inhoudelijk worden behandeld.

Contactgegevens voor schademeldingen op grond van elk onderdeel van deze polis:

Postadres:	Noventas Postbus 200 5660 AE GELDROP
Telefoon:	+31 (0) 880 300 100
E-mail:	info@noventas.nl

ARTIKEL 12

UITKERINGEN

12.1 Onderdeel A - Overlijden

Als de verzekerde overlijdt als gevolg van een ongeval, dan betaalt de verzekeraar de verzekerde som voor dood door ongeval.

Van deze betaling worden afgetrokken alle bedragen voor blijvende invaliditeit die betaald zijn onder deze verzekeringspolis met betrekking tot hetzelfde ongeval. Als de invaliditeitsuitkering hoger is dan de verschuldigde uitkering bij overlijden, dan zal het teveel niet worden teruggevorderd. Tenzij anders overeengekomen wordt de uitkering betaald aan de erfgenamen van de verzekerde en bij afwezigheid daarvan aan hun rechtsofvolgers, met uitsluiting van boedelschuldeisers en de Staat der Nederlanden. Indien de verzekerde verdwijnt en niet binnen twaalf maanden na verdwijning kan worden gevonden en er naar tevredenheid van de verzekeraar voldoende bewijs wordt geleverd dat onvermijdelijk tot de conclusie leidt dat de verzekerde bij een ongeval lichamelijk letsel heeft opgelopen dat het overlijden van de verzekerde heeft veroorzaakt, dan zal de verzekeraar het bedrag uitbetalen dat verzekerd is voor dood door ongeval, op voorwaarde dat de persoon of personen aan wie dat bedrag wordt betaald een verklaring ondertekenen dat zij het bedrag zullen terugbetalen aan de verzekeraar als de verzekerde daarna alsnog levend wordt teruggevonden.

12.2 Onderdeel B - Blijvende invaliditeit

- 12.2.1 De mate van blijvende invaliditeit bepalen
De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald door middel van een medisch onderzoek dat wordt uitgevoerd in Nederland. Het percentage functieverlies in geval van letsel wordt bepaald op basis van de criteria die uiteengezet worden in de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' (Richtlijnen voor de beoordeling van blijvende invaliditeit) van de American Medical Association (AMA).
- 12.2.2 Totaal functieverlies
Als de verzekerde blijvend invalide is door een ongeval, dan zal op basis van het percentage vastgestelde invaliditeit, het overeenkomstige percentage van de verzekerde som worden betaald. In

de onderstaande gevallen komt de uitkering overeen met het ernaast getoonde percentage van de verzekerde som voor blijvende invaliditeit.

Volledig verlies (van functie) van:	Uitkering
Beide ogen	100%
Eén oog	30%
Later totaal gezichtsverlies aan het andere oog	70%
Het gehoor in beide oren	100%
Het gehoor in één oor	30%
Later totaal gehoorverlies aan het andere oor	70%
Het reukvermogen	10%
Het smaakvermogen (Een gedeeltelijk verlies van reuk, smaak of beide wordt niet als een invaliditeit beschouwd)	10%
Een hand tot aan het polsgewricht	70%
Een duim	25%
Een wijsvinger	15%
Een andere vinger	12%
Een arm tot aan het ellebooggewricht	72%
Een arm tot aan het schoudergewricht	75%
Een voet tot aan het enkelgewricht	55%
Een grote teen	10%
Elke andere teen	5%
Een been tot aan het kniegewricht	60%
Een been tot aan het heupgewricht	100%
De ruggengraat met volledig verlies van de typische actie en beweging van de ruggengraat	75%
Het zenuwstelsel	75%
Een nier	20%
De milt	5%
Volledig verlies van mentale vermogens	100%

12.2.3 Gedeeltelijk verlies van functie

Een proportioneel gedeelte van het percentage dat vermeld wordt in 13.2.2 wordt in aanmerking genomen voor een gedeeltelijk verlies of blijvend gedeeltelijk verlies van een van de genoemde lichaamsdelen, organen, zintuigen en/of mentale vermogens.

12.2.4 Vaststelling van het uitkeringspercentage voor andere gevallen

Voor alle blijvende gevallen van invaliditeit (al dan niet gedeeltelijk) anders dan de in de tabel in artikel 13.2.2 genoemde gevallen, worden twee percentages bepaald, hoewel rekening wordt gehouden met eventueel voorafgaand aan het ongeval bestaande invaliditeit:

- een percentage waarvoor de mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald zonder rekening te houden met het beroep van de verzekerde;
- een percentage dat de mate van ongeschiktheid aangeeft om het in de polis genoemde beroep of een vergelijkbaar beroep voort te zetten, terwijl rekening wordt gehouden met de mogelijkheid van de verzekerde om werk te vinden.

Het percentage dat de hoogste uitkering garandeert wordt gebruikt als uitgangspunt voor de uitkering.

12.2.5 Meerdere letsels door één ongeval.

Indien hetzelfde ongeval meer dan één blijvend letsel heeft veroorzaakt, dan vergoedt de verzekeraar het percentage dat van toepassing is voor elk individueel letsel, met dien verstande dat de totaal verschuldigde som niet meer bedraagt dan de som die verschuldigd is bij de verzekerde volledige invaliditeit en dat voor

verschillende vingers van één hand samen een hoger percentage van toepassing is dan voor de hele hand.

12.2.6 Bestaande invaliditeit

Als een ongeval een al bestaande invaliditeit verergert, dan wordt de uitkering gebaseerd op het percentage van de totale invaliditeit verminderd met het percentage van de invaliditeit die al bestond voorafgaand aan het ongeval.

12.2.7 Bepaling binnen twee jaar

De invaliditeitsuitkering wordt betaald zo gauw de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, maar niet later dan twee jaar na de datum van de kennisgeving van het ongeval. Indien mogelijk zal de verzekeraar voorschotten op de verwachte uitkering betalen.

12.2.8 Betaling van rente

Als de verzekeraar een invaliditeitsuitkering betaalt na de 180e dag vanaf de datum van de kennisgeving van het ongeval, dan zal vanaf de 181e dag na de datum van de kennisgeving rente worden betaald in verhouding tot de wettelijke rente op de te betalen invaliditeitsuitkering. De betaling van de rente wordt gedaan samen met de laatste betaling van de uitkering. Er wordt geen rente betaald over sommen die de verzekeraar als voorschot heeft betaald.

12.2.9 Overlijden van de verzekerde vóór de laatste uitkering

Als de verzekerde overlijdt als gevolg van het ongeval voordat de laatste betaling heeft plaatsgevonden, vervalt het recht op invaliditeitsuitkering en rente. Als de verzekerde overlijdt, maar niet als gevolg van het ongeval, dan wordt op dat moment de invaliditeitsuitkering vastgesteld, vermeerderd met de rente tot de dag van overlijden.

12.2.10 Begunstiging

Tenzij anderszins overeengekomen worden alle uitkeringen in geval van invaliditeit gedaan aan de verzekerde.

12.2.11 Psychologische ondersteuning

Als vastgesteld is dat een ongeval een blijvende invaliditeit van ten minste 50% heeft veroorzaakt, vergoedt de verzekeraar redelijke kosten van psychiatrische behandeling of counseling door een bevoegd arts tot een maximum van EUR 5.000, - mits binnen drie maanden na de datum van het ongeval met de behandeling wordt begonnen. Alleen dat deel van de kosten dat niet vergoed wordt door een derde ingevolge de wet of een overeenkomst zal worden vergoed door de verzekeraar.

12.3 Onderdeel C - Dekking Posttraumatische Stresstoornis (PTSS)

Indien gedurende de termijn van de verzekering de verzekerde voor het eerst wordt gediagnosticeerd met PTSS, dan wordt een eenmalige betaling gedaan aan de verzekerde persoon tot maximaal limiet die gespecificeerd wordt op het polisblad.

De hoogte van het betaalde bedrag is gelijk aan de limiet op het polisblad vermenigvuldigd met een percentage dat wordt vastgesteld door het relevante professionele PTSS-protocol in overeenstemming met het mentale invaliditeitspercentage dat wordt gediagnosticeerd door een bevoegd arts en goedgekeurd door de sociale verzekeringsinstantie die van toepassing is voor het beroep van de verzekerde.

Voor militairen, en elk ander beroep zonder een specifiek PTSS-protocol, geldt dat het uitkeringspercentage bepaald wordt in overeenstemming met het volgende protocol:

PTSS WIA - IP Protocol Defensie 2007

Voor politiefunctionarissen wordt het percentage bepaald in overeenstemming met het volgende protocol:

“Protocol Advisory Committee PTSS Police” (Protocol adviescommissie PTSS politie)

12.3.1 Bijzondere voorwaarde van toepassing op Onderdeel C - Dekking Posttraumatische Stresstoornis

Het is een opschortende voorwaarde van de aansprakelijkheid van de verzekeraar dat de dekking voor PTSS voortdurend van kracht is geweest onder deze polis en elke eerdere polis die verzekerd was door de verzekeraars en/of AIG/Chartis en die beheerd werd door het agentschap van Noventas en dat de verzekerde altijd premie betaald heeft voor de PTSS-dekking tussen de aanvangsdatum van de PTSS en de datum waarop de verzekerde voor het eerst gediagnosticeerd werd met PTSS.

12.4 Onderdeel D - Ziekenhuisopname

Als de verzekerde wordt opgenomen in een ziekenhuis als direct gevolg van een ongeval, dan zal de verzekeraar het op het polisblad vermelde verzekerde bedrag voor ziekenhuisopname betalen voor elke volledige periode van 24 uur die de verzekerde in het ziekenhuis doorbrengt, met een maximale uitkeringsduur van 45 dagen.

Meerdere perioden van ziekenhuisopname als gevolg van hetzelfde ongeval worden behandeld als één periode van ziekenhuisopname, op voorwaarde dat de tijdsperiode tussen de opnames niet langer is dan 90 dagen.

12.5 Onderdeel E - Persoonlijke eigendommen

12.5.1 De verzekeraar zal een maximum totaalbedrag van EUR 2500 betalen voor de kosten van reparatie of vervanging van persoonlijke eigendommen van de verzekerde die per ongeluk beschadigd raken tijdens een grootschalige verplaatsing van de militaire eenheid waar de verzekerde deel van uitmaakt, verminderd met een bedrag voor slijtage en waardevermindering.
Voor elektronische apparaten zoals mobiele telefoons, apparatuur voor videospellen, laptop, enz. is de dekking beperkt tot 50% van de nieuwwaarde per apparaat.

12.5.2 Bijzondere voorwaarden van toepassing op Onderdeel E - Persoonlijke eigendommen:

- a. De verzekerde moet alle redelijke voorzorgsmaatregelen nemen voor de veiligheid van een verzekerd artikel.
- b. Bij het optreden van schade zijn de verzekeraars gerechtigd:
 - i) om elk artikel in eigendom te nemen en op een redelijke manier te voorzien in de berging daarvan.
 - ii) om elk artikel waarvoor de verzekeraars aansprakelijk zijn geheel naar eigen inzicht van de verzekeraar te repareren of te vervangen.

12.5.3 Bijzondere uitsluitingen van toepassing op Onderdeel E - Persoonlijke eigendommen:

- De verzekeraars betalen niet:
- a. voor voertuigen of hun toebehoren.
 - b. voor verlies of corruptie van, of schade aan software, informatie of gegevens die zijn opgeslagen op een computer, magneetbanden of

opnameapparatuur of eventuele gevolgschade die daaruit resulteert.

- c. voor schade als gevolg van:
 - i) motten, ongedierte, slijtage, atmosferische of klimaatomstandigheden of geleidelijke aftakeling.
 - ii) een inherent mechanisch of elektrisch defect, storing of ontregeling.
 - iii) elk proces van reiniging, restauratie, reparatie of wijziging.
- d. voor meer dan een redelijk deel van de totale waarde van een paar of een set wanneer het beschadigde artikel deel uitmaakt van een paar of een set.
- e. voor schade aan artikelen die verstuurd worden als vracht of voorzien van een luchtvrachtbrief of een vrachtbrief.
- f. voor artikelen als meubilair, huishoudelijke apparaten of huishoudelijke apparatuur.
- g. voor alle artikelen die meer specifiek verzekerd zijn of vergoed worden door een andere verzekering.
- h. voor antiek, muziekinstrumenten, schilderijen, sportuitrusting terwijl die in gebruik is, boten en bijbehorende apparatuur, glas, porselein of vergelijkbare breekbare artikelen.

12.6 Onderdeel F - Dekking veiligheidsnet hypotheek

Als de verzekerde overlijdt als gevolg van een ongeval dat gedekt wordt door de verzekering en de verzekerde ook een bestaande levensverzekering met een verzekerde som van meer dan EUR 400.000 heeft waaraan een hypotheek is gekoppeld met een uitstaand leningbedrag van meer dan EUR 400.000 en die levensverzekering weigert uit te keren op grond van een uitsluiting van oorlogsrisico, dan zal de verzekeraar een som uitkeren die het verschil is tussen EUR 400.000 en de som die verzekerd is in de levensverzekering van de verzekerde, tot een maximum van EUR 200.000.

12.6.2 Bijzondere voorwaarde van toepassing op Onderdeel F - Dekking veiligheidsnet hypotheek

De verzekerde moet aantonen aan de verzekeraar dat de van toepassing zijnde overheidsregeling in Nederland de levensverzekeringsmaatschappij of de verzekerde de eerste EUR 400.000 heeft betaald met betrekking tot het overlijden van de verzekerde.

ARTIKEL 13

ARBITRAGE

Indien de partijen nadat het medisch onderzoek als vermeld in artikel 13.2.1 is uitgevoerd niet tot overeenstemming kunnen komen over het bestaan en/of de mate van een invaliditeit, zal een medische commissie bestaande uit drie bevoegde artsen een beslissing nemen die bindend is voor beide partijen. Elke partij stelt een bevoegde arts aan; deze beiden nomineren dan in onderling overleg een derde bevoegde arts/expert.

Als er een geschil ontstaat over de keuze van de derde bevoegde arts, dan zal die bevoegde arts worden aangewezen door de bevoegde rechtbank op verzoek van de meest gereede partij. De partij die in het ongelijk wordt gesteld draagt de kosten van deze bindende beslissing.

ARTIKEL 14**VERANDERING VAN ONDERNEMING OF ACTIVITEITEN**

De verzekeraar moet binnen dertig dagen na de wijziging worden geïnformeerd over elke verandering in de aard van de onderneming, stichting, vereniging of instelling. Als de verandering geen toename of beperking van het risico inhoudt, dan zal de verzekering ongewijzigd worden voortgezet.

Als de verandering een beperking van het risico inhoudt, dan zal vanaf de datum waarop de verzekeraar werd geïnformeerd over de verandering een overeenkomstig lagere premie in rekening worden gebracht en zal eventueel teveel betaalde premie worden terugbetaald.

In geval van een toename van het risico voor de verzekeraar, zal de premie worden aangepast aan het nieuwe risico en heeft de verzekeraar het recht om bijzondere voorwaarden te stellen. Als de verzekerde niet akkoord gaat met de verhoogde premie en/of de bijzondere voorwaarden, dan zal de verzekering worden beëindigd met ingang van de datum van de verandering en zal eventueel teveel betaalde premie worden terugbetaald.

In geval van een onaanvaardbare risicotoename wordt de verzekering beëindigd met inachtneming van een opzegtermijn van 15 dagen en zal eventueel teveel betaalde premie worden terugbetaald.

Zolang de verzekeraar niet geïnformeerd is over een onaanvaardbare risicotoename, zal een eventuele uitkering worden betaald in proportie van de nieuwe premie ten opzichte van de oude.

In geval van een niet gemelde onaanvaardbare risicotoename kan een claim alleen worden ingediend voor ongevallen die de verzekerde zijn overkomen buiten de beroepssfeer en voor ongevallen die al hadden plaatsgevonden voordat het risico was toegenomen.

ARTIKEL 15**EINDE VAN DE VERZEKERING EN/OF DEKKING**

- 15.1 De verzekering eindigt met onmiddellijke ingang bij staking van de zakelijke activiteiten, met restitutie van teveel betaalde premie.
- 15.2 De dekking voor een verzekerde eindigt automatisch op de eerste verlengingsdatum van de premie nadat een leeftijd van zeventig jaar is bereikt.
- 15.3 De verzekering is overal ter wereld van kracht, maar de dekking eindigt op de eerste verlengingsdatum van de premie na de dag waarop de verzekerde feitelijk kiest voor vestiging buiten Nederland. Deze bepaling is niet van toepassing als de verzekerde buiten Nederland wordt gestationeerd voor actieve dienst als lid van de Nederlandse krijgsmacht of de politie.

Als de verzekerde het slachtoffer wordt van een kaping of ontvoering, dan zal de verzekering van deze polis voortduren voor een periode van maximaal twaalf maanden vanaf de datum van de kaping of de ontvoering.

ARTIKEL 16**SUBROGATIE**

Vorderingen tot schadevergoeding die de verzekerde ter zake van door hem geleden schade op derden heeft, gaan bij wijze van subrogatie op de maatschappij over, voor zover de maatschappij die schade vergoedt.