

Algemene Voorwaarden

Collectieve Ongevallenverzekering 2021 (CO 2021)

LEESWIJZER:

Dekking

Deze verzekering biedt dekking voor overlijden en blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval zoals omschreven in deze algemene voorwaarden : **artikel 1., 2. en 3.**

Ongeval

Omschrijving begrip ongeval : **artikel 15.12.**
Uitbreidingen op het begrip ongeval : **artikel 4.**

Overlijden

Omschrijving begrip overlijden : **artikel 15.13.**
Rechten en plichten bij overlijden : **artikel 6. en 7.**

Blijvende invaliditeit

Omschrijving begrip blijvende invaliditeit : **artikel 15.3.**
Rechten en plichten bij blijvende invaliditeit : **artikel 6. en 8.**

Premie

Betaling van de premie en gevolgen van niet (tijdige) betaling : **artikel 10.**

Klachten

Regeling bij klachten en geschillen : **artikel 13.9.**

Overig

Wanneer mogen wij niet uitkeren : **artikel 12.**
Wanneer heeft u geen recht op uitkering of dekking : **artikel 5. en 10.3.**
Betaling van de uitkering : **artikel 9.**
Doorgeven van wijzigingen : **artikel 11.**
Bijzondere bepalingen buitenland : **artikel 14.**
Algemene bepalingen : **artikel 13.**

In deze leeswijzer worden enige onderwerpen benoemd. Niet alle onderwerpen die in deze algemene voorwaarden worden behandeld, zijn in deze leeswijzer vermeld. In een specifiek geval kunnen andere bepalingen van deze algemene voorwaarden ook relevant zijn.

INHOUDSOPGAVE:

- Artikel 1. Omschrijving van de dekking - algemene bepalingen
- Artikel 2. Omschrijving van de dekking - aanvullende bepalingen
- Artikel 3. Aanvullende dekkingen
- Artikel 4. Uitbreidingen van het begrip 'ongeval'
- Artikel 5. Uitsluitingen en sancties
- Artikel 6. Algemene verplichtingen na een *ongeval* of bij vermissing of verdwijning van *verzekerde*
- Artikel 7. Rechten en plichten bij *overlijden*
- Artikel 8. Rechten en plichten bij (mogelijk) *blijvende invaliditeit*
- Artikel 9. Opeisbaarheid, betaling en kwijting
- Artikel 10. *Premie*
- Artikel 11. Wijzigingen (van risico, *premie* en/of voorwaarden)
- Artikel 12. Verplichtingen van *assuradeuren* op grond van (sanctie)wet- en regelgeving
- Artikel 13. Algemene bepalingen
- Artikel 14. Bijzondere bepalingen met betrekking tot een *verzekerde* die in het buitenland woont
- Artikel 15. Begripsomschrijvingen
- Bijlage Clausuleblad terrorismedekking

Begrippen die in deze algemene voorwaarden *cursief* gedrukt zijn, worden in artikel 15. (begripsomschrijvingen) beschreven.

Artikel 1. Omschrijving van de dekking - algemene bepalingen

1.1. Waar is er dekking?

De verzekering biedt werelddekking.

Let op: als op de *polis* staat dat *molest* gedekt is, geldt voor *molest* een andere dekking; zie in dat geval verder artikel 2.1.

1.2. Wanneer is welke dekking van toepassing?

1.2.1. Uit de *polis* blijkt of *24-uurs dekking* of *beperkte dekking* van toepassing is. Ook blijkt uit de *polis* of er sprake is van dekking voor *overlijden* en/of voor *blijvende invaliditeit* door een gedekt *ongeval*.

1.3. Wat en wanneer wordt er uitgekeerd?

1.3.1. Als *verzekerde* is overleden door een gedekt *ongeval* wordt - als uit de *polis* blijkt dat dit gedekt is - het verzekerde bedrag voor *overlijden* dat vermeld staat op de *polis* uitgekeerd aan *begunstigde*. Zie verder artikel 7. van deze algemene voorwaarden.

1.3.2. Als *verzekerde* (een mate van) *blijvende invaliditeit* oploopt door een gedekt *ongeval* wordt - als uit de *polis* blijkt dat dit gedekt is - maximaal het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* dat vermeld staat op de *polis* uitgekeerd. De hoogte van de uitkering is mede afhankelijk van de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan; zie verder artikel 8. van deze algemene voorwaarden.

1.3.3. De totale uitkering onder deze verzekering bedraagt nooit meer dan het maximum dat is genoemd op de *polis*.

1.4. Wat betekent woonachtig in?

Als op de *polis*, in de voorwaarden of in clausules 'mits woonachtig in' of 'woont in' gemeld staat, wordt hiermee het volgende bedoeld: een persoon is woonachtig in het genoemde land wanneer:

- diegene als ingezetene staat ingeschreven bij de Basisregistratie Personen (BRP) voor Nederland, of;
- diegene als ingezetene staat ingeschreven in een soortgelijke registratie aan BRP die van toepassing is op het op de *polis* genoemd land.

Artikel 2. Omschrijving van de dekking - aanvullende bepalingen

2.1. *Molest*

2.1.1. Als *verzekerde* (tijdelijk) ergens anders verblijft dan in Nederland of het land waar *verzekerde* op dat moment woont (anders dan Nederland), dan biedt deze verzekering - als dat uitdrukkelijk op de *polis* staat vermeld - ook dekking voor een *ongeval* dat *verzekerde* buiten Nederland is overkomen als slachtoffer van:

- *molest*;
- kaping, plundering, sabotage- of terreurdaden, of vrijheidsberoving verband houdend met *molest*;
- onrechtmatige vrijheidsberoving. Er is tot maximaal 180 dagen vanaf het moment van de vrijheidsberoving dekking. De dekking eindigt in ieder geval op het moment dat *verzekerde* is aangekomen op de bestemming, zoals afgesproken bij het herkrijgen van zijn of haar vrijheid.

2.1.2. Niet gedekt is een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen:

- wanneer *verzekerde* zelf deelneemt aan 1 van de 6 vormen van *molest* of aan kaping, plundering, sabotage- of terreurdaden of vrijheidsberoving verband houdend met *molest*, tenzij *verzekerde* dit doet om zijn eigen leven of dat van lotgenoten te beschermen;
- wanneer *verzekerde* door een eigen handeling of uitlating de wet overtreedt;
- tijdens een gewapend conflict tussen (een lid van) de NAVO en/of de ASEAN en/of de Chinese Volksrepubliek.

2.2. Dubbele uitkering

2.2.1. Als *verzekerde* een gedekt *ongeval* overkomt door brand in een woning of als passagier in een openbaar vervoermiddel (met uitzondering van (lucht)vaartuigen), en *verzekerde* daardoor overlijdt of recht heeft op een uitkeringspercentage van 100% van het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit*, wordt het verzekerde bedrag voor *overlijden* of voor *blijvende invaliditeit* verdubbeld.

2.2.2. **Let op:** deze bepaling is niet van toepassing

- op aanvullende dekkingen en/of vergoedingen;
- als er sprake is van *molest*;
- als uit de *polis* blijkt dat een cumulatieve schaal van toepassing is;
- als het totaal uit te keren bedrag voor *overlijden* of *blijvende invaliditeit*, zonder toepassing van deze bepaling, hoger is dan € 500.000,00.

2.2.3. Als de uitkering door toepassing van deze bepaling meer zou zijn dan € 500.000,00 dan wordt maximaal € 500.000,00 uitgekeerd.

2.3. Dekking voor bezoekers

2.3.1. Deze bezoekersdekking is alleen van toepassing als *verzekeringnemer* al zijn *personeelsleden* onder deze verzekering heeft verzekerd. Met 'bezoeker' wordt in deze bepaling bedoeld: de natuurlijke persoon, die zich rechtmatig, maar niet tegen betaling, bevindt op een terrein of in een gebouw dat bij *verzekeringnemer* in gebruik is en die als bezoeker is geregistreerd. Met 'bezoeker' wordt *niet* bedoeld: (een persoon die een arbeidsovereenkomst heeft met) een opdrachtnemer van *verzekeringnemer* die werkzaamheden komt verrichten in het bedrijf van *verzekeringnemer*, zoals personeel van aannemingsbedrijven, installatiebedrijven, machinefabrieken, schoonmaakbedrijven, nutsbedrijven, enzovoort.

2.3.3. Voor een gedekt *ongeval* dat een bezoeker is overkomen in een gebouw of op een terrein van *verzekeringnemer*, dat bij deze daadwerkelijk in gebruik is, wordt aan *verzekeringnemer* een verzekerd bedrag van € 5.000,00 bij *overlijden* en maximaal € 25.000,00 bij

blijvende invaliditeit van die bezoeker uitgekeerd. Bij *overlijden* en/of *blijvende invaliditeit* van meerdere bezoekers geldt dat tot maximaal € 500.000,00 per *gebeurtenis* of reeks van met elkaar verband houdende *gebeurtenissen* aan *verzekeringnemer* wordt uitgekeerd.

2.3.4. **Let op:** deze bepaling is niet van toepassing als:

- *verzekeringnemer* zich bedrijfsmatig (mede) bezighoudt met het ontvangen van bezoekers, zoals: recreatieparken, hotels, horeca-bedrijven, dierentuinen, bankinstellingen, bioscopen, musea, winkels, warenhuizen, openbare gebouwen, stations, (lucht)havens, sportclubs, enzovoort;

- de bezoeker al op een andere grond recht heeft op dekking onder deze *polis* en/of een *polis* die hieraan verbonden is.

2.3.5. Het bepaalde in artikel 2.2. (dubbele uitkering) is niet van toepassing op bezoekers.

Artikel 3. Aanvullende dekkingen

Aanvullende dekking voor verzekerde

3.1. Plastische chirurgie

3.1.1. Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* plastische chirurgie nodig heeft, dan worden de kosten voor plastische chirurgie tot maximaal 10% van het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* aan *verzekerde* vergoed. Als 10% van het verzekerde bedrag meer is dan € 5.000,00 wordt maximaal € 5.000,00 per *ongeval* aan *verzekerde* vergoed.

3.1.2. Voorwaarden voor deze vergoeding zijn dat:

- een behandeling is voorgeschreven en uitgevoerd door een bevoegd arts;
- de behandeling plaatsvindt binnen een periode van 730 dagen vanaf de dag van het *ongeval*;
- *verzekerde* in Nederland een zorgverzekering heeft afgesloten;
- de kosten niet kunnen worden verhaald op een aansprakelijke derde.

De kosten worden pas vergoed nadat is komen vast te staan dat aan deze voorwaarden is voldaan.

3.1.3. Op deze bepaling is de samenloopregeling van artikel 13.5. van toepassing.

3.1.4. De kosten die vallen onder het wettelijk verplichte eigen risico voor de zorg uit de basisverzekering worden niet vergoed.

Aanvullende dekking voor begunstigde/derden

3.2. Extra uitkering achterblijvend minderjarig kind

Als *verzekerde* samen met zijn/haar *echtgeno(o)t(e)/partner* een gedekt *ongeval* overkomt en *verzekerde* en zijn/haar *echtgeno(o)t(e)/partner* gelijktijdig of binnen 6 maanden na elkaar door hetzelfde *ongeval* *overlijden*, dan wordt - als er een achterblijvend minderjarig kind van *verzekerde* is - € 5.000,00 per *kind* uitgekeerd. De totale uitkering is maximaal 10% van het verzekerde bedrag voor *overlijden*, maar minimaal € 5.000,00 voor alle *kinderen* samen.

Bijzondere overige vergoeding

3.3. Terugbrengkosten stoffelijk overschot in geval van overlijden buiten Nederland

3.3.1. Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* overlijdt tijdens zijn verblijf buiten Nederland, worden de gemaakte kosten om het stoffelijk overschot naar Nederland te (laten) brengen tot maximaal € 10.000,00 vergoed.

3.3.2. Voorwaarde voor deze vergoeding is dat *verzekerde* woont en werkt in Nederland.

3.3.3. Op deze bepaling is de samenloopregeling van artikel 13.5. van toepassing.

Artikel 4. Uitbreidingen van het begrip 'ongeval'

Naast het ongevalsbegrip zoals beschreven in artikel 15.12. wordt als een *ongeval* ook gezien of is/zijn ook gedekt:

4.1. Besmetting na onvrijwillige val

Besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie als rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of een andere stof of als rechtstreeks gevolg van (een poging tot) het redden van personen, dieren of zaken uit het water of een andere stof.

4.2. Besmettingen

Besmetting door koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschurft, trichophytie en de ziekte van Bang.

4.3. Binnenkrijgen van stoffen

Het plotseling en ongewild binnenkrijgen van schadelijke stoffen, gasen of dampen. Met schadelijke stoffen, gasen of dampen zijn niet bedoeld: virussen of bacteriële ziektekiemen.

4.4. Complicaties

Complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een noodzakelijke geneeskundige behandeling in verband met een eerder aan *verzekerde* overkomen gedekt *ongeval*.

4.5. Ongeval door redding en zelfverdediging

Een *ongeval*:

- ontstaan tijdens rechtmatige zelfverdediging of (poging tot) redding van personen, dieren of zaken;
- ontstaan tijdens rampendienstactiviteiten of activiteiten als lid van de vrijwillige (bedrijfs)brandweer, BHV-ploeg of reservepolitie.

4.6. Ongeval door ziekte

Een *ongeval* ontstaan door een ziekte, kwaal of gebrek van *verzekerde*.

4.7. Onjuiste geneeskundige behandeling na een gedekt ongeval

Een onjuiste geneeskundige behandeling, die rechtstreeks verband houdt met een eerder aan *verzekerde* overkomen, gedekt *ongeval*.

4.8. Uitputting e.d.

Uitputting, verhongering, uitdroging, zonnebrand en ander lichamelijk letsel dat het rechtstreekse gevolg is van ontbering of rampspoed.

4.9. Verstikking e.d.

Verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte, warmtebevanging, verstuijing, ontwrichting, spier-/peesverrekking en/of -scheuring.

4.10. Wondinfectie of bloedvergiftiging

Wondinfectie of bloedvergiftiging als rechtstreeks gevolg van een gedekt *ongeval*.

Artikel 5. Uitsluitingen en sancties

5.1. Uitsluitingen

5.1.1. Atoomkernreacties

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat is veroorzaakt door een atoomkernreactie. Met 'atoomkernreactie' wordt bedoeld: iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit, radioactieve straling.

- 5.1.2. **Gebruik van alcohol of soortgelijke middelen**
Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* waarbij *verzekerde* onder invloed was van alcohol of andere bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, waarmee in ieder geval soft- en harddrugs zijn bedoeld, tenzij deze invloed redelijkerwijs niet aan het ontstaan van het *ongeval* heeft bijgedragen. Van het onder invloed zijn van alcohol is in ieder geval sprake wanneer het bloed- en/of ademalcoholgehalte hoger is dan de wettelijk toegestane norm.
- 5.1.3. **Misdrijf**
Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat verband houdt met het door *verzekerde* plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe. Ook deelname aan vechtpartijen valt onder deze uitsluiting, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4.5. (*ongeval* door redding en zelfverdediging).
- 5.1.4. **Molest**
Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen in een situatie van *molest*, tenzij het *ongeval* plaatsvond binnen 14 dagen na het uitbreken van het *molest* in een ander land dan Nederland of het land waar *verzekerde* op dat moment woont (anders dan Nederland) en *verzekerde* daardoor werd verrast, of tenzij op de *polis* staat dat *molest* is gedekt.
- 5.1.5. **Ongeval in/met luchtvaartuig**
Er is geen recht op uitkering voor een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen in en/of met een luchtvaartuig, tenzij:
- *verzekerde* het *ongeval* is overkomen als passagier van een commerciële vlucht met een passagiersvliegtuig, of;
- *verzekerde* het *ongeval* is overkomen als amateurzweefvlieger met brevet of als inzittende van een zweefvliegtuig waarvan de piloot een brevet heeft.
- 5.1.6. **Onjuiste geneeskundige behandeling zonder ongeval**
De gevolgen van een onjuiste geneeskundige behandeling die geen verband houdt met een aan *verzekerde* overkomen gedekt *ongeval* vallen niet onder de dekking van deze verzekering.
- 5.1.7. **Opzet**
Er is geen recht op uitkering wanneer er sprake is van opzettelijk of roekeloos handelen door of met goedvinden van of door uitlokking door *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* of bij de verzekering belanghebbende. Met opzettelijk of roekeloos handelen wordt ook bedoeld: (een poging tot) *zelfmoord* of zelfverminking.
- 5.2. Verlies van recht op uitkering**
- 5.2.1. Elk recht op uitkering vervalt als *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* een meldings-, mededelings-, informatie-, of medewerkingsverplichting zoals in deze algemene voorwaarden of in de wet omschreven niet is nagekomen, voor zover *verzekeraar* daardoor in een redelijk belang is geschaad.
- 5.2.2. Elk recht op uitkering vervalt als *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* een meldings-, mededelings-, informatie-, of medewerkingsverplichting zoals in deze algemene voorwaarden of in de wet is omschreven niet is nagekomen met het opzet de *verzekeraar* te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.

Artikel 6. Algemene verplichtingen na een ongeval of bij vermissing of verdwijning van verzekerde

Als er sprake is van een mogelijk gedekt *ongeval* of vermissing of verdwijning van *verzekerde* heeft/hebben *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* en/of iedere bij de verzekering belanghebbende een aantal verplichtingen. In dit artikel worden de algemene verplichtingen vermeld. In de volgende artikelen staan nog bijzondere verplichtingen bij *overlijden* en bij *blijvende invaliditeit*.

Verzekeringnemer en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* en/of iedere bij de verzekering belanghebbende heeft/hebben de volgende verplichtingen:

- ervoor te zorgen dat het *ongeval* dan wel de vermissing of verdwijning zo spoedig mogelijk per e-mail, per brief of telefonisch aan *assuradeuren* wordt gemeld;
- zo goed als zij kunnen alle bijzonderheden met betrekking tot het *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen aan *assuradeuren* te melden en naar waarheid antwoord te geven op alle vragen die aan hen gesteld worden;
- aan de door *assuradeuren* ingeschakelde deskundigen (zoals experts en geneeskundig adviseurs) alle medewerking te verlenen bij een eventueel noodzakelijk (geneeskundig) onderzoek naar het ontstaan van het *ongeval*.

Verzekeringnemer heeft verder de volgende verplichtingen:

- er zo goed als hij kan voor te zorgen dat *verzekerde* al zijn verplichtingen die zijn opgenomen in artikel 6., 7. en 8. nakomt;
- als hij daarom wordt gevraagd aan *assuradeuren* informatie te geven waaruit blijkt dat degene voor/door wie uitkering wordt verlangd op het moment van het *ongeval* verzekerd was, en *assuradeuren* in de gelegenheid te stellen om die gegevens te controleren;
- als op de *polis* de verzekerde bedragen worden uitgedrukt in een aantal maal het *jaarsalaris* aan *assuradeuren* op te geven hoe hoog het *jaarsalaris* van de betrokken *verzekerde* was, zodat aan de hand van deze opgave de verzekerde bedragen kunnen worden vastgesteld.

Artikel 7. Rechten en plichten bij overlijden

7.1. Verplichtingen bij overlijden van verzekerde

Als *verzekerde* overlijdt, heeft/hebben *verzekeringnemer* en/of de *begunstigde* en/of iedere bij de verzekering belanghebbende naast de hiervoor in artikel 6. genoemde verplichtingen nog de volgende verplichtingen:

- ervoor te zorgen dat het *overlijden* van *verzekerde* zo spoedig mogelijk, maar ten minste 36 uur voor de begrafenis of crematie, per e-mail per brief of telefonisch aan *assuradeuren* wordt gemeld; **let op:** als ervoor wordt gekozen om het *overlijden* per brief te melden, dan moet ervoor worden gezorgd dat deze brief *assuradeuren* uiterlijk 36 uur voor de begrafenis of crematie heeft bereikt;
- ervoor te zorgen dat als *assuradeuren* dat noodzakelijk vinden de begrafenis of crematie van *verzekerde* wordt uitgesteld;
- aan de door *assuradeuren* ingeschakelde deskundigen (zoals experts en geneeskundig adviseurs) alle medewerking te 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.

7.2. Uitkering bij overlijden

7.2.1. Nadat is vastgesteld dat *verzekerde* door een gedekt *ongeval* is overleden, wordt het verzekerde bedrag voor *overlijden* uitgekeerd aan de *begunstigde*.

7.2.2. Vermissing of verdwijning

Als *verzekerde* wordt vermist of is verdwenen, wordt - als buiten redelijke twijfel aannemelijk is dat *verzekerde* door een gedekt *ongeval* is overleden - het verzekerde bedrag voor *overlijden* uitgekeerd aan de *begunstigde*. *Assuradeuren* kunnen als voorwaarde stellen dat een verklaring van rechtsvermoeden van overlijden wordt getoond.

7.2.3. Al verstrekte invaliditeitsuitkering

Als voor hetzelfde *ongeval* al eerder een bedrag voor *blijvende invaliditeit* is uitgekeerd, en de *verzekerde* alsnog door dit *ongeval* overlijdt binnen de termijn zoals vermeld in artikel 8.2.6. van deze algemene voorwaarden, dan wordt alleen nog het verschil tussen het uit te keren bedrag voor *overlijden* en het al eerder uitgekeerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* uitgekeerd. Als de uitkering voor *blijvende invaliditeit* hoger is dan het verzekerde bedrag voor *overlijden*, hoeft het verschil niet te worden terugbetaald.

7.2.4. Geen begunstigde

Als bij *overlijden* van *verzekerde* blijkt dat er geen *begunstigde* is en er ook geen *begunstigde* kan worden aangewezen op basis van de

wettelijke regeling dan is er geen uitkeringsplicht. De uitkering zal in ieder geval nooit toekomen aan de Staat der Nederlanden of enige andere staat en ook nooit aan de schuldeisers van *verzekerde*.

7.2.5. **Geen overdracht**

De vordering van de *begunstigde* in verband met de uitkering voor *overlijden* kan niet aan derden worden overgedragen.

Artikel 8. Rechten en plichten bij (mogelijk) blijvende invaliditeit

8.1. Verplichtingen bij (mogelijk) blijvende invaliditeit door een mogelijk gedekt ongeval

Als *verzekerde* een *ongeval* krijgt waardoor *verzekerde* mogelijk (een mate van) *blijvende invaliditeit* zou kunnen oplopen, dan heeft/habben *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* naast de hiervoor in artikel 6. genoemde verplichtingen nog een aantal verplichtingen.

Verzekeringnemer en/of *verzekerde* moet/moeten ervoor zorgen dat het *ongeval* zo spoedig mogelijk na het *ongeval*, per e-mail of per brief aan *assuradeuren* wordt gemeld. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van een 'schadeaangifteformulier ongevallen' dat is te downloaden van de website van *assuradeuren*: www.hienfeld.nl.

Verzekerde heeft verder de volgende verplichtingen:

- zich zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en onder behandeling te blijven zolang dit in alle redelijkheid nodig is, en de voorschriften van de behandelend arts steeds op te volgen;
- zich door een door *assuradeuren* ingeschakelde geneeskundige te laten onderzoeken of zich ter observatie in een door hen al dan niet in Nederland aangewezen *ziekenhuis* of inrichting te laten opnemen;
- alle informatie aan de door *assuradeuren* ingeschakelde deskundigen te (laten) geven die zij nodig hebben voor de vaststelling van de mate van *blijvende invaliditeit* en alle medewerking te verlenen aan het opvragen van geneeskundige gegevens door de geneeskundig adviseur van *assuradeuren*;
- alle vragen die door *assuradeuren* of door hen ingeschakelde deskundige(n) worden gesteld volledig en naar waarheid te beantwoorden en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de mate van *blijvende invaliditeit* van belang kunnen zijn;
- geheel of gedeeltelijk herstel zo spoedig mogelijk te melden aan *assuradeuren*.

8.2. Uitkering bij blijvende invaliditeit

Wat wordt uitgekeerd bij blijvende invaliditeit?

8.2.1. Uitkeringspercentage van het verzekerde bedrag

Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* (een mate van) *blijvende invaliditeit* oploopt, wordt een percentage van het op de *polis* vermelde verzekerde bedrag uitgekeerd aan *begunstigde*. Dit is het uitkeringspercentage, dat wordt vastgesteld aan de hand van de vraag of er sprake is van geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van 1 of meer getroffen lichaamsde(e)l(en) of orga(a)n(en). Voor de bepaling van de hoogte van het uitkeringspercentage, zie artikel 8.2.8. en volgende.

8.2.2. Rentevergoeding

Als binnen 2 jaar na de datum van de melding van het *ongeval* aan *assuradeuren* nog geen uitkeringspercentage kan worden vastgesteld, dan heeft *begunstigde* recht op een rentevergoeding op basis van wettelijke rente over het uiteindelijk uit te keren bedrag voor *blijvende invaliditeit*. De rente wordt in dat geval berekend vanaf de 730^e dag na de dag van ontvangst van de melding van het *ongeval* door *assuradeuren* tot de dag dat *assuradeuren* het uitkeringsvoorstel hebben opgemaakt.

Hoe en wanneer wordt de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan bepaald?

8.2.3. Wijze van vaststelling

De mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan zal worden vastgesteld op basis van de rapportage(s) van de door *assuradeuren* ingeschakelde deskundigen, aan de hand van de laatste editie 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.

8.2.4. Invloed van ziekte, kwaal of gebrek

Als *verzekerde* vóór het *ongeval* al lijdt aan een ziekte, kwaal of gebrek, of als er zich na het *ongeval* een ziekte, kwaal of gebrek ontwikkelt die/dat los staat van het *ongeval*, wordt er bij de vaststelling van de mate van blijvend (functie)verlies rekening gehouden met de nadelige invloed van deze ziekte, kwaal of gebrek op het gevolg van het *ongeval* en/of op 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.

8.2.5. 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 op het daardoor veroorzaakte lichamenlijk letsel en/of de daardoor veroorzaakte *blijvende invaliditeit*.

8.2.6. Tijdstip van vaststelling

De mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan wordt vastgesteld zodra naar geneeskundig oordeel van een stabiele geneeskundige eindtoestand sprake is, maar in ieder geval binnen 3 jaar na de datum van het *ongeval*. Bij het einde van deze driejaarstermijn, zal de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan worden bepaald op basis van de op dat moment bestaande mate van invaliditeit. Na deze termijn optredende wijzigingen hebben geen invloed op de hoogte van de uitkering. Bij verbetering hebben *assuradeuren* geen recht op (gedeeltelijke) terugbetaling van de al gedane uitkering en bij verslechtering heeft *begunstigde* geen recht op een hogere uitkering.

8.2.7. Invloed van overlijden

Als een *verzekerde* na een gedekt *ongeval* door een andere oorzaak dan dit *ongeval* overlijdt, 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.

Hoe en wanneer wordt het uitkeringspercentage bepaald?

8.2.8. Wijze van vaststelling

De hoogte van het uitkeringspercentage wordt bepaald aan de hand van 3 aspecten:

- is er sprake van 1 of van meer getroffen lichaamsde(e)l(en) of orga(a)n(en)?
- is er sprake van geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan / wat is de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan?
- komt het getroffen lichaamsdeel of orgaan wel of niet voor in de hierna opgenomen uitkeringschaal?

8.2.9. Uitkeringschaal

Bij blijvend volledig (functie)verlies van de hierna genoemde lichaamsdelen of organen geldt het daarachter vermelde uitkeringspercentage.

- visueel systeem 100%
- spraakvermogen 35%
- gehoor van 1 oor 30%
- gehoor van 1 oor als op basis van deze verzekering al uitkering is verleend wegens het verlies van het gehoor van het andere oor 70%

- gehoor van beide oren	100%
- oorschelp	5%
- neus	10%
- de reuk, de smaak of beide	10%
(gedeeltelijk verlies van de reuk, de smaak of van beide wordt niet als invaliditeit beschouwd)	
- duim	30%
- wijsvinger	20%
- elke andere vinger	15%
- arm tot in het schoudergewricht	95%
- grote teen	10%
- elke andere teen	5%
- been tot in het kniegewricht	55%
- been tot in het heupgewricht	70%
- milt	5%
- nier	20%
- long	25%
- alveesklier	70%
- gebit	2,5%
echter tot maximaal € 12.000,00 (verlies of beschadiging(en) van minder dan 50% van het gebit geeft geen recht op uitkering). Met 'gebit' wordt hier bedoeld: 28 tot 32 elementen van het natuurlijk 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 <i>blijvende invaliditeit</i> worden aangenomen. Het uitkeringspercentage ligt tussen de achter de betreffende diagnose vermelde percentages en wordt door de (geneeskundig) deskundige(n) vastgesteld.	
- postcommotioneel syndroom	0-8%
Met 'postcommotioneel syndroom' 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.	

Voorbeeld:

Stel dat *verzekerde* een wijsvinger volledig verliest. In de uitkeringsschaal is hiervoor het uitkeringspercentage bepaald op 20%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van € 20.000,00.

8.2.10.

Gedeeltelijk verlies

Bij blijvend gedeeltelijk (functie)verlies van een getroffen lichaamsdeel of orgaan wordt het uitkeringspercentage berekend door de mate van blijvend (functie)verlies te nemen van het uitkeringspercentage dat voor het betreffende lichaamsdeel of orgaan in de uitkerings-schaal van artikel 8.2.9. is vermeld voor blijvend volledig (functie)verlies.

Voorbeeld:

Stel dat aan de hand van de hiervoor bedoelde richtlijnen wordt vastgesteld dat de mate van blijvend functieverlies van een wijsvinger 75% is. In de uitkeringsschaal is voor een wijsvinger het uitkeringspercentage voor volledig verlies bepaald op 20%. Het uitkeringspercentage bij een gedeeltelijk functieverlies van 75% bedraagt in dat geval (75% van 20% =) 15%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van 15% van € 100.000,00, dus € 15.000,00.

8.2.11.

Vaststelling uitkeringspercentage in overige gevallen

Bij blijvend volledig of gedeeltelijk (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan dat niet is opgenomen in de hiervoor opgenomen uitkeringsschaal wordt het uitkeringspercentage voor dat specifieke lichaamsdeel of orgaan vastgesteld aan de hand van de laatste editie 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. Voor *personeelsleden* en *DGA's* van *verzekeringnemer* zal óók een vaststelling van de mate van blijvend (functie)verlies van het getroffen lichaamsdeel of orgaan plaatsvinden, waarbij rekening wordt gehouden met de werkzaamheden (op het moment van het ongeval) van deze *personeelsleden* en *DGA's*. (**Let op:** dit staat niet gelijk aan de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen of soortgelijke regelingen.) De uitkering zal dan worden vastgesteld op basis van het gunstigste percentage.

Let op: deze bepaling geldt bij blijvend (functie)verlies van meerdere lichaamsdelen of organen alleen voor het lichaamsdeel of orgaan dat niet in de uitkeringsschaal is opgenomen.

Voorbeeld:

Stel dat *personeelslid* een bekkenfractuur oploopt. Dit is een lichaamsdeel dat niet in de uitkeringsschaal is opgenomen. Aan de hand van de hiervoor bedoelde richtlijnen wordt het uitkeringspercentage, zonder rekening te houden met de werkzaamheden van *verzekerde*, vastgesteld op 40%.

Stel dat dit *personeelslid* schilder is, dan zou het zo kunnen zijn dat het uitkeringspercentage, rekening houdend met zijn werkzaamheden, wordt vastgesteld op 50%.

Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van (50% - zijnde het hoogste percentage - van € 100.000,00 =) € 50.000,00.

8.2.12.

Meervoudig verlies

Bij blijvend (functie)verlies van meerdere lichaamsdelen of organen wordt eerst op basis van voorgaande bepalingen voor ieder lichaamsdeel/orgaan afzonderlijk het uitkeringspercentage bepaald. Deze percentages worden vervolgens opgeteld en/of gecombineerd tot maximaal 100%.

Voorbeeld:

Stel dat *verzekerde* een duim en een wijsvinger volledig verliest. In de uitkeringsschaal is voor een duim het uitkeringspercentage bepaald op 30% en voor de wijsvinger op 20%. Het totale uitkeringspercentage bedraagt in dat geval 50%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van (50% van € 100.000,00 =) € 50.000,00.

Stel dat *verzekerde* beide onderbenen volledig verliest. In de uitkeringsschaal is per onderbeen het uitkeringspercentage bepaald op 55%. Het totale uitkeringspercentage bedraagt in dat geval door de maximering 100%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van € 100.000,00.

Stel dat *verzekerde* een onderbeen volledig verliest. In de uitkeringsschaal is voor volledig verlies van een onderbeen het uitkeringspercentage bepaald op 55%. Daarnaast loopt *verzekerde* door hetzelfde *ongeval* letsel op aan een duim, waarbij de mate van blijvend functieverlies van de duim wordt vastgesteld op 50%. In de uitkeringsschaal is voor een duim het uitkeringspercentage voor volledig verlies bepaald op 30%. Het uitkeringspercentage voor de duim bedraagt bij een gedeeltelijk functieverlies van 50% in dat geval (50% van 30% =) 15%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van € 70.000,00 (namelijk 55% + 15% = 70% van € 100.000,00).

8.2.13. Tijdstip van eindbeslissing

Assuradeuren moeten binnen 14 dagen nadat zij het definitieve eindrapport van hun geneeskundig adviseur en alle andere gegevens die voor een juiste beoordeling van het recht op uitkering nodig zijn, hebben ontvangen een eindbeslissing nemen.

Artikel 9. Opeisbaarheid, betaling en kwijting**9.1. Opeisbaarheid, betaling en kwijting**

De uitkering wordt betaald (als van toepassing via de tussenpersoon) binnen 14 dagen nadat *assuradeuren* de door de *begunstigde* ondertekende en door *assuradeuren* opgestelde uitkeringskwitantie waarin volledige kwijting wordt verleend, hebben ontvangen. De vordering is pas opeisbaar vanaf 14 dagen na ontvangst door *assuradeuren* van de ondertekende uitkeringskwitantie.

9.2. (Loon)belasting

Als *assuradeuren* verplicht zijn om belasting in te houden op uitkeringen of vergoedingen, zullen zij dit rechtstreeks aan de belastingdienst afdragen.

Artikel 10. Premie**10.1. Voorschotpremie, herberekenen, aanpassing****10.1.1. Voorschotpremie**

Als op de *polis* gesproken wordt over 'voorschotpremie' dan betekent dat dat de *premie* is gebaseerd op wisselende gegevens, bijvoorbeeld totaal verloond bedrag of aantal personen.

10.1.2. Naverrekening, herberekening en aanpassing

Verzekeringnemer is verplicht aan het einde van ieder verzekeringsjaar aan *assuradeuren* opgave te doen waaruit blijkt wat de werkelijke gegevens zijn geweest. Aan de hand van deze opgave kunnen *assuradeuren* de voorschotpremie herberekenen voor het komende verzekeringsjaar.

Als blijkt dat in een afgelopen verzekeringsjaar de werkelijke gegevens hoger zijn dan die waarover de voorschotpremie is betaald, moet *verzekeringnemer* extra *premie* betalen. Als blijkt dat in een afgelopen verzekeringsjaar de werkelijke gegevens lager zijn dan die waarover de voorschotpremie is betaald, zal de te veel betaalde *premie*, waarbij rekening wordt gehouden met een eventuele minimumpremie, aan *verzekeringnemer* worden terugbetaald.

In beide gevallen kunnen *assuradeuren* de voorschotpremie aanpassen.

10.1.3. Als *verzekeringnemer* de opgave zoals vermeld in artikel 10.1.2. van deze Algemene Voorwaarden, ondanks een verzoek van *assuradeuren* daartoe, niet binnen 3 maanden na afloop van het verzekeringsjaar heeft gedaan, hebben *assuradeuren* het recht de gegevens te schatten en de *premie* daarmee te herberekenen tot een maximum van 125% van de voorschotpremie.

10.2. Betaling van premie

Verzekeringnemer moet de *premie*, de poliskosten en de (eventuele) assurantiebelasting vooruitbetalen. Het verschuldigde bedrag moet uiterlijk zijn betaald op de premievervaldag. De *aanvangspremie* moet uiterlijk zijn betaald binnen 30 dagen na de datum waarop de eerste premienota is gedateerd.

10.3. Wanbetaling, verval van verzekeringsdekking

10.3.1. Als *verzekeringnemer* de *aanvangspremie* niet uiterlijk op de 30^e dag na de datum waarop de eerste premienota is gedateerd, betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend. **Let op:** hiervoor is geen aanmaning nodig.

10.3.2. Als *verzekeringnemer* de *premie* in termijnen mag betalen en hij een termijn niet of niet tijdig betaalt, dan wordt het totaalbedrag van de nog niet vervallen termijnen ineens geheel opeisbaar.

10.3.3. Als uit een mededeling van *verzekeringnemer* moet worden afgeleid dat hij de *vervolgpremie* niet (tijdig) zal betalen, wordt de dekking geschorst voor alle *gebeurtenissen* die na de premievervaldag plaatsvinden of hebben plaatsgevonden. *Assuradeuren* kunnen in dat geval de verzekering ook per direct beëindigen.

10.3.4. Als *verzekeringnemer* (een termijn van) de *vervolgpremie* niet of niet tijdig betaalt, wordt de verzekering met terugwerkende kracht vanaf de premievervaldag beëindigd of de dekking geschorst nadat *verzekeringnemer* na de premievervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling tevergeefs is aangemaand tot betaling van de totale nog openstaande *vervolgpremie* (inclusief de nog niet vervallen termijnen) binnen een termijn van 14 dagen, gerekend vanaf de dag na aanmaning.

10.3.5. Als *verzekeringnemer* de totale nog openstaande *vervolgpremie* (inclusief de nog niet vervallen termijnen) niet binnen de termijn van 14 dagen gerekend vanaf de dag na aanmaning betaalt, raakt *verzekeringnemer* (buitengerechtelijke) incassokosten verschuldigd.

10.3.6. *Verzekeringnemer* blijft, ondanks beëindiging van de verzekering of schorsing van de dekking, verplicht de nog niet betaalde *premie* te betalen.

10.3.7. Als de verzekering niet is beëindigd, maar is geschorst, wordt de dekking pas weer van kracht de dag nadat *assuradeuren* de nog niet betaalde *premie* geheel, inclusief wettelijke rente en (buitengerechtelijke) incassokosten, hebben ontvangen. In geval van termijnbetaling betekent dit dat alle nog niet betaalde termijnen geheel, inclusief wettelijke rente en (buitengerechtelijke) incassokosten, moeten zijn betaald.

Artikel 11. Wijzigingen (van risico, premie en/of voorwaarden)**11.1. En-bloc-herziening**

11.1.1. *Assuradeuren* hebben het recht de *premie* en/of de voorwaarden in het kader van een en-bloc-herziening voor soortgelijke verzekeringen op eenzelfde manier te herzien. Een en-bloc-herziening geldt altijd voor een groep van verzekeringen en wordt bijvoorbeeld toegepast als de *premie* niet langer voldoende is om het risico te dekken.

11.1.2. *Verzekeringnemer* zal van tevoren schriftelijk over de en-bloc-herziening worden geïnformeerd.

11.1.3. Als de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst in het nadeel van *verzekeringnemer* of de tot uitkering gerechtigde worden

gewijzigd, heeft *verzekeringnemer* het recht om de verzekeringsovereenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. *Verzekeringnemer* heeft dit recht in ieder geval ook tot 1 maand nadat de wijziging aan *verzekeringnemer* is meegedeeld.

- 11.1.4. Als de verzekering betrekking heeft op meerdere, op de *polis* gespecificeerde groepen van *verzekerden*, dan bestaat de bevoegdheid tot opzegging alleen voor die groepen, waarop de aangekondigde en-bloc-herziening betrekking heeft.
- 11.1.5. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door *verzekeringnemer* geldt niet als:
- de wijziging van de *premie* en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen die een directe relatie met en gevolgen voor deze verzekering hebben;
 - de wijziging alleen in het voordeel van *verzekeringnemer* is (bijvoorbeeld als de wijziging een verlaging van de *premie* bij gelijkblijvende dekking of een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende *premie* inhoudt) of;
 - de wijziging van de *premie* direct voortvloeit uit bepalingen op de *polis* en/of in deze algemene voorwaarden.

11.2. Risicowijziging

11.2.1. *Verzekeringnemer* is verplicht een (mogelijke) risicowijziging zo snel als mogelijk en in ieder geval binnen 30 dagen na het moment waarop het risico wijzigt aan *assuradeuren* te melden.

Van een mogelijke risicowijziging is in ieder geval sprake:

- als *verzekeringnemer* bedrijfs- of beroepsactiviteiten gaat uitvoeren waardoor een duidelijk hoger risico op *ongevallen* ontstaat dan bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst het geval was of
- als de belangen van *verzekeringnemer* in *gelieerde ondernemingen* wijzigen of *verzekeringnemer* belangen in andere ondernemingen verkrijgt dan de *gelieerde ondernemingen* die bekend waren op het moment van het sluiten van deze verzekeringsovereenkomst.

11.2.2. In geval van een risicoverzwaarig hebben zowel *assuradeuren* als *verzekeringnemer* de mogelijkheid deze verzekeringsovereenkomst op te zeggen, waarbij rekening moet worden gehouden met een opzegtermijn van 2 maanden.

11.2.3. In geval van een risicoverzwaarig hebben *assuradeuren* het recht om de *premie* of de voorwaarden tussentijds te wijzigen. *Verzekeringnemer* zal in dat geval schriftelijk worden geïnformeerd over de gewenste aanpassing. Als de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst in het nadeel van *verzekeringnemer* of de tot uitkering gerechtigde worden gewijzigd, heeft *verzekeringnemer* het recht de verzekeringsovereenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. *Verzekeringnemer* heeft dit recht in ieder geval ook tot 1 maand nadat de wijziging aan *verzekeringnemer* is meegedeeld.

11.2.4. **Let op:** Een risicoverzwaarig valt niet automatisch onder de verzekeringsdekking. Een risicoverzwaarig valt pas onder de verzekeringsdekking op het moment dat de acceptatie van het gewijzigde risico door *assuradeuren* schriftelijk is bevestigd en zo nodig de *polis*, de *premie* en/of de voorwaarden aan de bedoelde wijziging zijn aangepast.

Artikel 12. Verplichtingen van *assuradeuren* op grond van (sanctie)wet- en regelgeving

12.1. Strijd met sanctiewet- en regelgeving

Als het *verzekeraar* en/of *assuradeuren* op basis van nationale, supranationale of internationale sanctiewet- of regelgeving verboden is dekking te bieden of een uitkering of vergoeding te doen, biedt deze verzekering geen dekking.

12.2. Voorbehoud van dekking en recht op tussentijdse beëindiging i.v.m. FISH en CDD-controle

12.2.1. Op basis van wet- en regelgeving hebben *assuradeuren* een aantal verplichtingen met het oog op integriteit, waaronder het uitvoeren van een CDD-onderzoek (CDD betekent Customer Due Dilligence, ofwel 'ken uw klant'). Verder moeten *assuradeuren* een verantwoord acceptatiebeleid voeren. In verband met deze verplichtingen worden de gegevens van *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* en andere belanghebbende op verschillende momenten gecontroleerd. De doelstellingen van deze controles zijn naleving van (sanctie)wet- en regelgeving, fraudebestrijding en risicobeheersing. *Assuradeuren* maken in dit verband gebruik van diverse publieke sanctielijsten en de databank van de Stichting CIS te Den Haag via de applicatie FISH (Fraude en Informatie Systeem Holland) en Compliancy Check.

12.2.2. Als uit (periodieke) controle blijkt dat *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* of andere belanghebbende op dat moment voorkomt in de hiervoor genoemde databanken kan de verzekering tussentijds worden beëindigd, zoals verder is bepaald in artikel 13. van deze algemene voorwaarden.

12.2.3. Ook als aanspraak wordt gemaakt op dekking op basis van deze verzekering worden de controles uitgevoerd.

Als *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* of andere belanghebbende op dat moment voorkomt op de hiervoor genoemde publieke sanctielijsten bestaat er geen recht op dekking. Als *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* of andere belanghebbende op dat moment voorkomt in de hiervoor genoemde databank kan er geen recht op uitkering bestaan.

Artikel 13. Algemene bepalingen

13.1. Rangorde

(Bijzondere) clausules en/of bepalingen die op de *polis* staan vermeld en die in strijd zijn met deze algemene voorwaarden gaan altijd voor op deze algemene voorwaarden.

13.2. Looptijd van de verzekering

Deze verzekering is aangegaan voor de op de *polis* aangegeven termijn en wordt telkens met dezelfde termijn en onder dezelfde voorwaarden voortgezet, tenzij de verzekering door 1 van de partijen tijdig voor afloop van die termijn is opgezegd. De opzegging moet schriftelijk (voor de *verzekeringnemer* betekent dit per brief of per e-mail) worden gedaan, waarbij rekening moet worden gehouden met een opzegtermijn van 2 maanden voor afloop van de termijn die is vermeld op de *polis*.

13.3. Tussentijdse beëindiging

13.3.1. De verzekering kan tussentijds door *assuradeuren* schriftelijk per direct worden opgezegd, als door of namens *verzekeringnemer*, *verzekerde*, de tot uitkering gerechtigde of *begunstigde* de uit deze algemene voorwaarden en/of uit de wet volgende verplichtingen niet zijn nagekomen met het opzet *verzekeraar* en/of *assuradeuren* te misleiden.

13.3.2. De verzekering kan - naast hiervoor in de algemene voorwaarden al genoemde specifieke gevallen - tussentijds door *assuradeuren* en door *verzekeringnemer* waarbij rekening wordt gehouden met een opzegtermijn van 2 maanden schriftelijk (voor de *verzekeringnemer* betekent dit per brief of per e-mail) worden opgezegd in de volgende gevallen:

- *verzekeringnemer* vraagt surseance van betaling aan en/of aan *verzekeringnemer* wordt surseance van betaling verleend;
- het faillissement van *verzekeringnemer* wordt uitgesproken;
- *verzekeringnemer* (als hij een natuurlijk persoon is) doet een beroep op de Wet schuldsanering natuurlijke personen en/of deze wet wordt op *verzekeringnemer* van toepassing verklaard;
- uit een FISH- of CDD-controle blijkt dat *verzekeringnemer*, *verzekerde*, *begunstigde* of een andere belanghebbende in een betreffende databank of op een publieke sanctielijst voorkomt.

13.3.3. De dekking van *molest* zoals omschreven in artikel 15.11. en 2.1. van deze algemene voorwaarden kan bij verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan tussentijds door *assuradeuren* en door *verzekeringnemer* schriftelijk (voor de *verzekeringnemer* betekent dit per brief of per e-mail) worden opgezegd waarbij rekening moet worden gehouden met een opzegtermijn van 14 dagen. In deze periode kan overleg worden gepleegd over een eventueel behoud van deze dekking.

13.3.4. In geval van een andere, specifiek in deze *polis* genoemde opzeggingsgrond, zal steeds rekening moeten worden gehouden met opzegtermijn van 2 maanden, tenzij een andere termijn is genoemd.

- 13.4. Beëindiging verzekeringsdekking**
- 13.4.1. De dekking voor een *verzekerde* eindigt automatisch aan het einde van het verzekeringsjaar waarin deze *verzekerde* 75 jaar is geworden.
- 13.4.2. Als een *verzekerde* verhuist uit een op de *polis* gedekt land, eindigt de dekking voor een *verzekerde* automatisch op de eerste premie-vervaldatum na de dag waarop deze *verzekerde* niet meer in het gedekte land woont.
- 13.5. Samenloopregeling**
- Wanneer in deze algemene voorwaarden over 'samenloop' wordt gesproken dan betekent dat dat als *verzekerde* of *verzekeringnemer* een andere verzekering (zoals een zorgverzekering) heeft die ook recht geeft op vergoeding van de betreffende kosten, of de kosten vergoed worden door een uitkeringsinstantie of een sociale voorziening, deze verzekering dan alleen de kosten vergoedt die niet door die andere verzekering of uitkeringsinstantie of sociale voorziening vergoed worden of vergoed zouden worden als deze verzekering niet zou bestaan. Deze verzekering geeft in dat geval dus alleen een aanvullende dekking tot maximaal het bedrag dat in de betreffende bepaling is genoemd.
- 13.6. Kennisgevingen / adres**
- 13.6.1. Kennisgevingen van *assuradeuren* en/of *verzekeraar* aan *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* kunnen rechtsgeldig worden verstuurd aan het laatst bij *assuradeuren* en/of *verzekeraar* bekende adres van de betreffende geadresseerde. De correspondentie van *assuradeuren* en/of *verzekeraar* met *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* gaat in beginsel via de assurantietussenpersoon van *verzekeringnemer*.
- 13.6.2. Alle kennisgevingen en/of overige correspondentie van *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* aan *verzekeraar* moeten worden gericht aan *assuradeuren*.
- 13.7. Recht op inzage**
- Als bij de omschrijving van *verzekerden* wordt verwezen naar een administratie hebben *assuradeuren* het recht inzage te krijgen in deze administratie.
- Als op de *polis* de verzekerde bedragen worden uitgedrukt in een aantal maal het *jaarsalaris*, hebben *assuradeuren* het recht bij aanmelding van een *ongeval* inzage te krijgen in de salarisadministratie van *verzekeringnemer*.
- 13.8. Maximaal aantal op enig moment**
- Als bij schade blijkt, dat gelijktijdig meer personen aanwezig waren en/of de werkzaamheden verrichtten dan het maximum aantal personen dat is genoemd in de *polis*, zullen de per persoon verzekerde bedragen worden verminderd in de verhouding dat het in de *polis* genoemde maximum aantal staat tot het werkelijke aantal. **Let op:** deze bepaling is niet van toepassing op de bezoekersdekking van artikel 2.3.
- Voorbeeld:**

Stel in de *polis* staat dat er maximaal 5 personen aanwezig mogen zijn en dat het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 25.000,00 per persoon bedraagt.

Op het moment van het *ongeval* waren 7 personen aanwezig. Het verzekerde bedrag wordt dan 5 maal € 25.000,00 gedeeld door 7 is € 17.857,14 per persoon.
- 13.9. Geschillen**
- 13.9.1. Klachtenregeling
- Klachten die verband houden met (de uitvoering van) deze verzekeringsovereenkomst of de daaraan voorafgaande aanvraag kunnen in eerste instantie worden voorgelegd aan:
- de directie van W.A. Hienfeld B.V.,
Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam.
- Assuradeuren* geven er de voorkeur aan dat een klacht per brief of per e-mail (klacht@hienfeld.nl) wordt ingediend.
- Als de klacht niet naar de wens van de indiener is opgelost dan kan, voor zover van toepassing, de klacht worden ingediend bij:
- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid),
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag.
- 13.9.2. Geschillen in verband met deze verzekeringsovereenkomst worden voorgelegd aan de bevoegde rechter, tenzij partijen het eens worden over een andere manier van conflictoplossing, bijvoorbeeld mediation of arbitrage.
- 13.10. Toepasselijk recht**
- Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- 13.11. Privacy**
- 13.11.1. *Assuradeuren* verwerken uw persoonsgegevens conform de Algemene verordening gegevensbescherming en houden zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. Deze gedragscode kan worden opgevraagd via www.verzekeraars.nl.
- 13.11.2. De bij de aanvraag en/of wijziging van een verzekeringsovereenkomst of bij een schademelding verstrekte persoonsgegevens worden door *assuradeuren* verwerkt met als doel:
- het beoordelen en accepteren van *verzekeringnemer* en/of *verzekerde*. Hiervoor maken *assuradeuren* gebruik van een CDD-onderzoek (CDD betekent Customer Due Dilligence, ofwel 'ken uw klant') op basis van de FISH (Fraude en Informatie Systeem Holland)-databank;
 - het uitvoeren van overeenkomsten;
 - het uitvoeren van gerichte marketingactiviteiten en gerichte aanbiedingen;
 - het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - het uitvoeren van statistische en wetenschappelijke analyses;
 - het uitvoeren van fraudecontroles en naleving van (sanctie)wet- en regelgeving door middel van de FISH-databank en de Compliance Check;
 - het (mede voor andere verzekeraars) inzichtelijk maken van alle (neutrale) schademeldingen door middel van de CIS-databank (www.stichtingcis.nl).
- 13.11.3. Om hun werkzaamheden goed uit te kunnen voeren, zijn *assuradeuren* aangesloten bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. *Assuradeuren* bewaren en wisselen bepaalde gegevens over klanten uit met Stichting CIS. Het gaat om gegevens die inzicht geven in het verzekeringsverleden van een klant die een verzekering wil afsluiten of een schade meldt. Deze informatie bewaart Stichting CIS in een centrale databank. CIS is een zelfstandige stichting die verzekeringsgegevens bewaart voor verzekeringsmaatschappijen en gevolmachtigde agenten die in Nederland werken. Onder (streng) voorwaarden stelt Stichting CIS deze gegevens beschikbaar aan belanghebbende verzekeraars, gevolmachtigde agenten en consumenten. Het doel van de centrale databank is het beheersen van risico's en het tegengaan van fraude. Kijk voor meer informatie op www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het privacyreglement van Stichting CIS.
- 13.12. Terrorisme**
- Op deze verzekeringsovereenkomst is steeds de laatste versie van het 'Clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. (NHT)' van toepassing, indien en voor zover de *verzekeraar* is verbonden met de NHT. Het geldende clausuleblad

is als bijlage aan deze algemene voorwaarden toegevoegd. Op verzoek zullen *assuradeuren* de laatste versie van het clauseleblad kosteloos nazenden. Ook kan de tekst worden bekeken op www.hienfeld.nl/nht.

Artikel 14. Bijzondere bepalingen met betrekking tot een verzekerde die in het buitenland woont

14.1. Verzekerde in het buitenland

- 14.1.1. Als de dekking op de *polis* niet is beperkt tot personen woonachtig in Nederland, geldt deze verzekering ook voor een *verzekerde* die in het buitenland woont, zolang deze in de salarisadministratie of soortgelijke administratie bij *verzekeringnemer* in Nederland voorkomt.
- 14.1.2. Uitkeringen in het kader van dit artikel worden gedaan aan *verzekeringnemer* in Nederland. *Verzekeringnemer* is bij (eventuele) doorbetaling van de uitkering zelf verantwoordelijk voor de (eventuele) afdracht van (loon)belasting.
- 14.1.3. Voor de personen die in het buitenland wonen hebben *assuradeuren* het recht een eventuele *blijvende invaliditeit* in Nederland te laten vaststellen.
- 14.1.4. *Verzekeringnemer* in Nederland moet bij eventuele schadeafwikkeling bemiddelen.

14.2. Verzekerden in dienst van een buitenlandse onderneming

Blijkt uit de *polis* dat deze verzekering ook van toepassing is op *verzekerden* in het buitenland, die voorkomen in de salarisadministratie van (een) meeverzekerde buitenlandse onderneming(en), dan moet *verzekeringnemer* deze (salaris)administratie op verzoek van *assuradeuren* aan hen tonen.

14.3. Vreemde Valuta

14.3.1. Premie

Als deze verzekering van toepassing is op een *verzekerde* die in een land met een andere valuta dan de Euro woont, zal voor de berekening van de *premie* het *jaarsalaris* worden omgerekend naar de Euro op basis van de officiële wisselkoers (slotkoers) vastgesteld door De Europese Centrale Bank, die geldt op de eerste werkdag van de maand voorafgaand aan de maand van aanvang van deze verzekering of verlenging daarvan.

14.3.2. Uitkering

Voor de berekening van een uitkering zal het *jaarsalaris* worden omgerekend naar de Euro op basis van de officiële wisselkoers (slotkoers) vastgesteld door De Europese Centrale Bank, die geldt op de dag dat het *ongeval* plaatsvond. Uit te keren bedragen die in de *polis* in Euro zijn vermeld, worden ook omgerekend naar de andere valuta op basis van de officiële wisselkoers (slotkoers) vastgesteld door De Europese Centrale Bank, die geldt op de dag dat het *ongeval* plaatsvond. Als op die dag geen wisselkoers kan worden gepubliceerd, zal de omrekening plaatsvinden op basis van de wisselkoers die op de eerstvolgende dag gepubliceerd wordt.

Artikel 15. Begripsomschrijvingen

Met de volgende begrippen wordt in het kader van deze verzekeringsovereenkomst alleen de daarachter opgenomen beschrijving bedoeld, tenzij nadrukkelijk anders op de *polis* staat vermeld.

15.1. Assuradeuren

W.A. Hienfeld B.V. die optreedt als gevolmachtigd agent namens - en voor rekening en risico van - *verzekerder*.

15.2. Begunstigde

- 15.2.1. De (rechts)persoon die op de *polis* of door schriftelijke mededeling is aangewezen tot het ontvangen van de uitkering.
- 15.2.2. Als op de *polis* niemand is aangewezen tot het ontvangen van de uitkering, is de *begunstigde*:
- in geval van *overlijden*: de *echtgeno(o)t(e)/partner*, of als die er niet is de wettige erfgenamen van *verzekerde*;
 - in alle andere gevallen: de *verzekerde*.
- De Staat der Nederlanden of enige andere overheid kan nooit als *begunstigde* optreden.

15.3. Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van een lichaamsdeel of orgaan. (Daar waar in deze algemene voorwaarden 'blijvend invalide' staat, wordt de toestand van *blijvende invaliditeit* bedoeld).

15.4. Dekking

15.4.1. 24-uurs dekking

Deze verzekering is 24 uur per dag van kracht, zowel in als buiten de beroepsuitoefening, het hele jaar door.

15.4.2. Beperkte dekking

Deze verzekering dekt alleen een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen tijdens het verrichten van werkzaamheden in opdracht van *verzekeringnemer*. De *dekking* begint op het moment dat *verzekerde* zijn woning of verblijfplaats verlaat om rechtstreeks, via de meest gangbare route, naar de plaats te gaan waar *verzekerde* de werkzaamheden moet gaan uitvoeren. De *dekking* eindigt zodra *verzekerde* zijn woning of verblijfplaats rechtstreeks, via de meest gangbare route, weer heeft bereikt na afloop van de werkzaamheden. Als de meest gangbare route door ongewild oponthoud (file, wegafsluiting e.d.) niet mogelijk is, is er *dekking* voor de hierdoor gereden alternatieve route. *Verzekeringnemer* is verplicht in geval van een *ongeval* het bewijs te leveren, dat *verzekerde* op het moment van het *ongeval* de (beroeps)werkzaamheden verrichtte of zou gaan verrichten.

15.5. DGA

Een directeur-grotaandeelhouder van *verzekeringnemer*, maar alleen als deze directeur-grotaandeelhouder een natuurlijk persoon is.

15.6. Echtgeno(o)t(e)/partner

1. De *echtgeno(o)t(e)* of de geregistreerd *partner* van *verzekerde* of, als die er niet is,
2. de persoon die met *verzekerde* een notarieel samenlevingscontract heeft gesloten of, als die er ook niet is,
3. de persoon die meer dan 6 maanden met *verzekerde* op 1 adres samenwoont en een gemeenschappelijke huishouding voert (voor zover zij geen eerste- of tweedegraads familie van elkaar zijn, niet getrouwd zijn en niet geregistreerd staan als *partner*).

15.7. Gebeurtenis

Een voorval dat 1 of een reeks van *ongeval(en)* tot gevolg heeft.

15.8. Gelieerde onderneming

De in Nederland gevestigde onderneming, waarin *verzekeringnemer* een belang heeft van 50% of meer op het moment van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst of waarin de *verzekeringnemer* later een belang van 50% of meer heeft gekregen.

Let op: *gelieerde ondernemingen* vallen enkel onder de dekking van deze verzekering wanneer dit uit de *polis* blijkt.

15.9. Jaarsalaris

Het voor de loonbelasting belastbaar loon in het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar waarin het *ongeval* heeft plaatsgevonden. Voor een *personeelslid* dat nog niet per 1 januari van het kalenderjaar voorafgaand aan het jaar waarin het *ongeval* heeft plaatsgevonden een arbeidsovereenkomst met *verzekeringnemer* had, zal het *jaarsalaris* op pro rata basis van het voorafgaande kalenderjaar worden berekend.

Voor een *personeelslid* dat in het kalenderjaar voorafgaande aan het jaar waarin het *ongeval* heeft plaatsgevonden helemaal nog geen arbeidsovereenkomst met *verzekeringnemer* had, zal het *jaarsalaris* op pro rata basis van het actuele jaar worden berekend.

- 15.10. Kind**
Ongehuwd, wettig *kind* van *verzekerde*, jonger dan 27 jaar, dat bij *verzekerde* in huis woont of in verband met een studie ergens anders woont.
- 15.11. Molest**
Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals omschreven in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 is gedeponereerd bij de griffie van de Rechtbank te Den Haag onder nummer 136/1981 of een eventuele vervanger hiervan.
- 15.12. Ongeval**
Een plotselinge, ongewilde, van buiten komende, onmiddellijke gewelddadige inwerking op het lichaam van *verzekerde*, die rechtstreeks en uitsluitend objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft.
- 15.13. Overlijden**
De dood zoals blijkt uit een akte van overlijden.
- 15.14. Personeelslid**
De persoon die een arbeidsovereenkomst met *verzekeringnemer* heeft en die als zodanig is opgenomen in de salarisadministratie van *verzekeringnemer*.
- 15.15. Polis**
Een door *assuradeuren* ondertekend bewijs waaruit de verzekeringsovereenkomst met *verzekeringnemer* blijkt. Op de *polis* kunnen ook bijzondere clausules en/of bepalingen staan. De algemene voorwaarden maken ook deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 15.16. Premie**
Het bedrag dat *verzekeringnemer* op basis van deze verzekeringsovereenkomst moet betalen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in:
- **aanvangspremie:** de (eerste termijn van de) *premie* die *verzekeringnemer* moet betalen bij het afsluiten van deze verzekeringsovereenkomst of in verband met een tussentijdse wijziging van deze verzekeringsovereenkomst;
- **vervolgpremie:** de *premie* die *verzekeringnemer* moet betalen bij verlenging van deze verzekeringsovereenkomst.
- 15.17. Verzekeraar**
De verzekeringsmaatschappij en/of risicodrager zoals genoemd op de *polis*.
- 15.18. Verzekerde**
De persoon op wiens leven of gezondheid deze verzekeringsovereenkomst betrekking heeft.
- 15.19. Verzekeringnemer**
De contractspartij van *verzekeraar*.
- 15.20. Zelfmoord**
Er is sprake van *zelfmoord* als *verzekerde* zichzelf van het leven berooft. Met *zelfmoord* wordt niet bedoeld: euthanasie uitgevoerd door een bevoegd arts.
- 15.21. Ziekenhuis**
Een instelling waar geneeskundige behandelingen plaatsvinden. Er moet sprake zijn van:
- het hebben van diagnostische- en heelkundige voorzieningen en;
- een constante aanwezigheid van verpleegkundig personeel en;
- permanent toezicht van artsen.
Met *ziekenhuis* wordt niet bedoeld: verpleeg-, rust- en bejaardenhuizen, psychiatrische instellingen, sanatoria, revalidatiecentra of klinieken voor de behandeling van alcohol- of drugsverslaving.

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1 Terrorisme:

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting:

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen:

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten:

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder "staat waar het risico is gelegen" van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

Artikel 2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar ter zake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogens-opbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

Artikel 3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2 De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering ter zake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 16 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Dit Clausuleblad is gedeponeerd op 23 november 2007 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam te Amsterdam.