



Bijzondere bepalingen B 146
voor Equine Risk t.b.v. mantelovereenkomst polis DL226575

- a. de maximale aansprakelijkheid van de in de contractpolis genoemde Maatschappijen gezamenlijk is beperkt tot € 2.500.000,00, per één en dezelfde gebeurtenis, ongeacht het aantal onder dit contract verzekerde personen. Indien in een dergelijk geval het totaal van de, per persoon, verzekerde bedragen het hiervoor genoemde maximum te boven gaat, zullen de per persoon verzekerde bedragen worden geacht naar verhouding te zijn verminderd;
- b. de verzekerde bedragen zijn zelf vast te stellen in stappen van € 50.000,00 met een minimum van € 50.000,00 en een maximum verzekerd kapitaal van € 250.000,00. Het overlijdensrisico kan uitsluitend worden verzekerd in combinatie met het invaliditeitsrisico, waarbij het verzekerde bedrag in geval van overlijden niet hoger mag zijn dan het bedrag in geval van gehele invaliditeit;
- c. de premie voor deze verzekering € 1,00 per duizend euro verzekerd kapitaal bedraagt voor zowel in geval van overlijden als voor gehele invaliditeit;
- d. de verzekering ten aanzien van een verzekerde eindigt in de navolgende gevallen:
 1. aan het einde van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde 70 jaar is geworden of eerder indien niet meer wordt voldaan aan de toelatingseisen;
 2. wanneer zij door één der partijen tenminste twee maanden voor de premievervaldatum schriftelijk is opgezegd;
- e. A. tenzij de verzekerde aan assuradeuren een andere begunstigde heeft opgegeven, zal de uitkering als hierboven onder A. aangegeven, in geval van overlijden ten goede komen aan:
 1. de echtgeno(o)t(e)/relatiepartner van verzekerde of bij ontstentenis van deze;
 2. de gezamenlijke kinderen, of bij ontstentenis van de onder 1. en 2. genoemden;
 3. de erfgenamen;

In geval van blijvende invaliditeit geschiedt de uitkering van het verzekerde bedrag als hierboven onder B. aangegeven aan verzekerde;
- f. verzekerde verplicht is de verschuldigde premie bij vooruitbetaling te voldoen d.m.v. automatische incasso. Vanaf € 50,00 premie per jaar heeft verzekerde het recht de premie in twee halfjaarlijkse termijnen te voldoen. Indien de premie niet uiterlijk veertien dagen na aanbieding van de polis, het aanhangsel of de premie nota zijn voldaan, eindigt de dekking zonder enige ingebrekestelling door assuradeuren. Verzekerde blijft verplicht de premie te voldoen. Zodra de premie is voldaan, gaat de dekking weer in doch uitsluitend voor ongevallen die de verzekerde na betaling overkomen;
- g. het aangehechte blad Keuzeclausule en het aangehechte Clausuleblad terrorismedekking is op deze verzekering van toepassing;
- h. in afwijking van het vermeldde in Artikel 3.14, deze verzekering eveneens dekt sportongevallen verzekerde overkomen tijdens het beroepsmatig uitoefenen van hippische sporten;
- i. deze verzekering dekt eveneens het risico van het uitoefenen van hippische beroepen;

Algemene Voorwaarden

Particuliere Ongevallenverzekering 2016

(PO 2016)

LEESWIJZER:

Dekking

Deze verzekering biedt dekking voor overlijden en blijvende invaliditeit ten gevolge van een ongeval zoals omschreven in deze algemene voorwaarden : **artikel 4., 5. en 6.**

Ongeval

Omschrijving begrip ongeval : **artikel 3.10.**
Uitbreidingen op het begrip ongeval : **artikel 7.**

Overlijden

Omschrijving begrip overlijden : **artikel 3.11.**
Rechten en plichten bij overlijden : **artikel 9. en 10.**

Blijvende invaliditeit

Omschrijving begrip blijvende invaliditeit : **artikel 3.4.**
Rechten en plichten bij blijvende invaliditeit : **artikel 9. en 11.**

Premie

Betaling van de premie en gevolgen van niet (tijdige) betaling : **artikel 13.**

Klachten

Regeling bij klachten en geschillen : **artikel 16.6.**

Overig

Wanneer mogen wij niet uitkeren : **artikel 2.**
Wanneer heeft u geen recht op uitkering of dekking : **artikel 8. en 13.2.**
Betaling van de uitkering : **artikel 12.**
Doorgeven van wijzigingen : **artikel 14.**
Bijzondere bepalingen buitenland : **artikel 15.**
Algemene bepalingen : **artikel 16.**

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. Rangorde
- Artikel 2. Verplichtingen van assuradeuren op grond van (Sanctie)wet- en regelgeving
- Artikel 3. Begripsomschrijvingen
- Artikel 4. Omschrijving van de dekking - algemene bepalingen
- Artikel 5. Omschrijving van de dekking - aanvullende bepalingen
- Artikel 6. Aanvullende dekkingen
- Artikel 7. Uitbreidingen van het begrip 'ongeval'
- Artikel 8. Uitsluitingen en sancties
- Artikel 9. Algemene verplichtingen na een ongeval of bij vermissing of verdwijning van verzekerde
- Artikel 10. Rechten en plichten bij overlijden
- Artikel 11. Rechten en plichten bij (mogelijk) blijvende invaliditeit, arbeidsongeschiktheid of geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten
- Artikel 12. Opeisbaarheid, betaling en kwijting
- Artikel 13. Premie
- Artikel 14. Wijzigingen (van risico, premie en/of voorwaarden)
- Artikel 15. Bijzondere bepalingen met betrekking tot een verzekerde die in het buitenland woont
- Artikel 16. Algemene bepalingen
- Bijlage Clausuleblad terrorismedekking

Begrippen die in deze algemene voorwaarden *cursief* gedrukt zijn, worden in artikel 3. (begripsomschrijvingen) beschreven.

Artikel 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.

Artikel 2. Verplichtingen van assuradeuren op grond van (Sanctie)wet- en regelgeving

- 2.1. **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.
- 2.2. **Voorbehoud van dekking en recht op tussentijdse beëindiging i.v.m. FISH en CDD-controle**
 - 2.2.1. 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 Compliance Check.
 - 2.2.2. 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 16. van deze algemene voorwaarden.
 - 2.2.3. 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 3. 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.

- 3.1. **Assuradeuren**
W.A. Hienfeld B.V. die optreedt als gevolmachtigd agent namens - en voor rekening en risico van - *verzekeraar* .
- 3.2. **Arbidsongeschiktheid**
Ongeschiktheid van *verzekerde* om het beroep dat op de *polis* vermeld staat uit te oefenen. (Daar waar in deze algemene voorwaarden 'arbidsongeschikt' staat, wordt de toestand van *arbidsongeschiktheid* bedoeld.)
- 3.3. **Begunstigde**
De (rechts)persoon die op de *polis* of door schriftelijke mededeling is aangewezen tot het ontvangen van de uitkering.
- 3.4. **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.)
- 3.5. **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 familie van elkaar zijn, niet getrouwd zijn en niet geregistreerd staan als partner).
- 3.6. **Gebeurtenis**
Een voorval dat 1 of een reeks van *ongeval(len)* tot gevolg heeft.
- 3.7. **Geneeskundige kosten**
Kosten:
 - die de behandelend arts (niet zijnde een tandarts) in rekening brengt;
 - van door een arts voorgeschreven verbandmiddelen en medicijnen;
 - van behandeling en verpleging in een *ziekenhuis* ;
 - voor vervoer door een ambulance;
 - voor aanschaffing van door het *ongeval* noodzakelijk geworden prothesen, een invalidenwagen of een blindengeleidehond.
- 3.8. **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.

3.9. Molest

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij, zoals omschreven in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 is gedeponeerd bij de griffie van de Rechtbank te Den Haag onder nummer 136/1981 of een eventuele vervanger hiervan.

3.10. 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.

3.11. Overlijden

De dood zoals blijkt uit een akte van overlijden.

3.12. 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.

3.13. 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.

3.14. Tandheelkundige kosten

Kosten:

- die een (tand)arts voor tandheelkundige behandeling in rekening brengt, inclusief de kosten voor niet-uitneembare gebitsprothesen, zoals kronen, stiftanden, enzovoort;
- van door de (tand)arts voor tandheelkundige behandeling voorgeschreven medicijnen;
- van door of op voorschrift van de (tand)arts voor tandheelkundige behandeling gemaakte röntgenfoto's.

3.15. Verzekeraar

De verzekeringsmaatschappij en/of risicodragers zoals genoemd op de *polis*.

3.16. Verzekerde

De persoon op wiens leven of gezondheid deze verzekeringsovereenkomst betrekking heeft.

3.17. Verzekeringnemer

De contractspartij van *verzekeraar*.

3.18. Zelfmoord

Er is sprake van zelfmoord als *verzekerde* zichzelf van het leven berooft. Met *zelfmoord* wordt niet bedoeld: euthanasie uitgevoerd door een bevoegd arts.

3.19. 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.

Artikel 4. Omschrijving van de dekking - algemene bepalingen

4.1. 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 5.1.

4.2. Wanneer is welke dekking van toepassing?

Uit de *polis* blijkt of er sprake is van dekking voor 1 of meerdere van de volgende rubrieken:

- A. *overlijden* door een gedekt *ongeval*;
- B. *blijvende invaliditeit* door een gedekt *ongeval*;
- C. *arbeidsongeschiktheid* door een gedekt *ongeval*;
- D. *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten* door een gedekt *ongeval*.

4.3. Wat en wanneer wordt er uitgekeerd?

- 4.3.1. 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*.
- 4.3.2. 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 11. van deze algemene voorwaarden.
- 4.3.3. Als *verzekerde arbeidsongeschikt* raakt door een gedekt *ongeval* wordt - als uit de *polis* blijkt dat dit gedekt is - per dag maximaal het verzekerde bedrag voor *arbeidsongeschiktheid* dat vermeld staat op de *polis* uitgekeerd. De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de duur en de mate van de *arbeidsongeschiktheid*; zie verder artikel 11.3. van deze algemene voorwaarden.
- 4.3.4. Als *verzekerde* een geneeskundige- en/of tandheelkundige behandeling door een gedekt *ongeval* moet ondergaan worden - als uit de *polis* blijkt dat dit gedekt is - de kosten van deze behandelingen vergoed tot maximaal het verzekerde bedrag voor geneeskundige- en/of tandheelkundige behandeling dat vermeld staat op de *polis*; zie verder artikel 11.4. van deze algemene voorwaarden
- 4.3.5. De totale uitkering onder deze verzekering bedraagt nooit meer dan het maximum dat is genoemd op de *polis*.

Artikel 5. Omschrijving van de dekking - aanvullende bepalingen

5.1. Molest

- 5.1.1. 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.
- 5.1.2. 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.
- 5.2. Dubbele uitkering**
- 5.2.1. 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.
- 5.2.2. **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.
- 5.2.3. Als de uitkering door toepassing van deze bepaling meer zou zijn dan € 500.000,00 dan wordt maximaal € 500.000,00 uitgekeerd.

Artikel 6. Aanvullende dekkingen

Aanvullende dekking voor *verzekerde*

6.1. Plastische chirurgie

- 6.1.1. 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.
- 6.1.2. 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.
- 6.1.3. Op deze bepaling is de samenloopregeling van artikel 16.4. van toepassing.
- 6.1.4. De kosten die vallen onder het wettelijk verplichte eigen risico voor de zorg uit de basisverzekering worden niet vergoed.
- 6.1.5. Als *verzekerde* ook recht heeft op een uitkering voor *geneeskundige kosten* op grond van deze verzekering, wordt de uitkering van de in deze bepaling genoemde extra dekking verminderd met de uitkering voor *geneeskundige kosten*.

Artikel 7. Uitbreidingen van het begrip 'ongeval'

Naast het ongevalsbegrip zoals beschreven in artikel 3.10. wordt als een *ongeval* ook gezien of is/zijn ook gedekt:

- 7.1. Acute vergiftiging door medicijnen**
Acute vergiftiging door op doktersrecept verkregen medicijnen, mits *verzekerde* zich heeft gehouden aan de door de geneeskundige voorgeschreven dosering.
- 7.2. 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.
- 7.3. Besmettingen**
Besmetting door koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschurft, trichophytie en de ziekte van Bang.
- 7.4. Binnenkrijgen van stoffen**
Het plotseling en ongewild binnenkrijgen van schadelijke stoffen, gassen of dampen. Met schadelijke stoffen, gassen of dampen zijn niet bedoeld: virussen of bacteriële ziektekiemen.
- 7.5. 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*.
- 7.6. Ongeval door redding en zelfverdediging**
Een *ongeval*:
 - ontstaan tijdens rechtmatige zelfverdediging of (poging tot) redding van personen, dieren of zaken;
 - ontstaan tijdens rampdienstactiviteiten of activiteiten als lid van de vrijwillige (bedrijfs)brandweer, BHV-ploeg of reservepolitie.
- 7.7. Ongeval door ziekte**
Een *ongeval* ontstaan door een ziekte, kwaal of gebrek van *verzekerde*.
- 7.8. Onjuiste geneeskundige behandeling na een gedekt ongeval**
Een onjuiste geneeskundige behandeling, die rechtstreeks verband houdt met een eerder aan *verzekerde* overkomen gedekt *ongeval*.
- 7.9. Uitputting e.d.**
Uitputting, verhongering, uitdroging, zonnebrand en ander lichamelijk letsel dat het rechtstreekse gevolg is van ontbering of rampspoed.
- 7.10. Verstikking e.d.**
Verstikking, verdrinking, bevrozing, zonnesteek, hitteberoerte, warmtebevanging, verstuijing, ontwrichting, spier-/peesverrekking en/of -scheuring.
- 7.11. Wondinfectie of bloedvergiftiging**
Wondinfectie of bloedvergiftiging als rechtstreeks gevolg van een gedekt *ongeval*.

Artikel 8. Uitsluitingen en sancties

8.1. Uitsluitingen

8.1.1. Allergische reacties

Allergische reacties, voor zover deze niet het gevolg zijn van een gedekt *ongeval* vallen niet onder de dekking van deze verzekering.

8.1.2. 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.

8.1.3. Besturen motorfiets

Er is geen recht op uitkering voor een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen tijdens het besturen van of het als passagier meerijden op een motorfiets, bromfiets of scooter, als *verzekerde* op het moment van het *ongeval* geen valhelm (die voldeed aan de wettelijke voorschriften) op de juiste wijze droeg of de bestuurder niet in het bezit was van een geldig rijbewijs of certificaat.

8.1.4. Buitenlandse krijgsmacht

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat is ontstaan tijdens het verrichten van werkzaamheden, in welke vorm dan ook, in dienst van een buitenlandse krijgsmacht of een hieraan gelijk te stellen buitenlandse overheidsdienst.

8.1.5. 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, waarbij het bloed-alcoholgehalte op het moment van het *ongeval* 0,8 promille of hoger was of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was, of waarbij *verzekerde* onder invloed was van andere bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, waarmee in ieder geval soft- en harddrugs zijn bedoeld.

8.1.6. (Gevaarlijke) sporten

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen tijdens deelname aan: elastiekspringen (bungeejumpen), parapenten, parachutespringen, en alle daaraan verwante sporten. Er is ook geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat *verzekerde* als prof-sporter is overkomen.

8.1.7. 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 7.6. (*ongeval* door redding en zelfverdediging).

8.1.8. 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.

8.1.9. Ongeval in/met luchtvaartuig

Er is geen recht op uitkering voor een *ongeval* dat *verzekerde* is overkomen:

- als bemanningslid in een luchtvaartuig;
- als passagier in een luchtvaartuig als de piloot niet in bezit is van een voor het betreffende luchtvaartuig vereiste brevet of;
- als amateurzweefvlieger als *verzekerde* niet in bezit is van een daarvoor geldig brevet.

8.1.10. 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.

8.1.11. 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.

8.1.12. Spier, zenuw- of gewrichtsaandoeningen

Lendespit, lumbago (lage rugklachten), peesschede-ontsteking, zweeps slag, tennisarm, golfersarm, hernia (ingewandsbreuk) en hernia nucleipulposi en de gevolgen daarvan vallen niet onder de dekking van deze verzekering.

Deze uitsluiting is niet van toepassing op de dekking van *arbeidsongeschiktheid*. Voor deze aandoeningen geldt een maximale uitkeringsduur van 28 dagen per *gebeurtenis*.

Deze uitsluiting is ook niet van toepassing op de dekking van *geneeskundige kosten*, maar deze worden vergoed tot maximaal 20% van het *verzekerde* bedrag per *gebeurtenis*.

8.1.13. Waagstuk

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* door of tijdens een waagstuk, tenzij dit waagstuk in alle redelijkheid nodig was in verband met de juiste uitoefening van het beroep van *verzekerde* of met rechtmatige zelfverdediging of redding van zichzelf, anderen, dieren of zaken of een poging daartoe.

8.1.14. Wedstrijden

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een *ongeval* dat is ontstaan tijdens deelname van *verzekerde* aan wedstrijden met motorvaartuigen of motorrijtuigen, waarbij de snelheid een belangrijke rol speelt en/of tijdens de voorbereidingen op dergelijke wedstrijden.

8.2. Verlies van recht op uitkering

8.2.1. 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.

8.2.2. 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 9. 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*, *arbeidsongeschiktheid* en *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten*.

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 9. en 11. 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.

Artikel 10. Rechten en plichten bij overlijden

10.1. 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 9. 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.

10.2. Uitkering bij overlijden

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

10.2.2. 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.

10.2.3. 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 11.2.6. 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.

10.2.4. 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*.

10.2.5. Geen overdracht

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

Artikel 11. Rechten en plichten bij (mogelijk) *blijvende invaliditeit*, *arbeidsongeschiktheid* of *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten*

11.1. Verplichtingen bij (mogelijk) *blijvende invaliditeit*, *arbeidsongeschiktheid* of *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten* door een mogelijk gedekt *ongeval*

Als *verzekerde* een *ongeval* krijgt waardoor *verzekerde* mogelijk (een mate van) *blijvende invaliditeit* zou kunnen oplopen, of *arbeidsongeschikt* zou kunnen raken, of *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten* zou moeten maken, dan heeft/hebben *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* naast de hiervoor in artikel 9. 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, per brief of telefonisch 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*.

11.2. Uitkering bij *blijvende invaliditeit*

Wat wordt uitgekeerd bij *blijvende invaliditeit*?

11.2.1. 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)(en) of orga(a)n(en). Voor de bepaling van de hoogte van het uitkeringspercentage, zie artikel 11.2.8. en volgende.

11.2.2. 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 enkelvoudige rentevergoeding van 6% per jaar over het uiteindelijk uit te keren

bedrag voor *blijvende invaliditeit*. De rente wordt in dat geval berekend vanaf de 730e 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?

11.2.3. 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 specialisten-verenigingen.

11.2.4. 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.

11.2.5. 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 lichamelijk letsel en/of de daardoor veroorzaakte *blijvende invaliditeit*.

11.2.6. 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*, tenzij een andere termijn is afgesproken. Bij het einde van deze driejaarstermijn of anders afgesproken termijn, 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.

11.2.7. 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?

11.2.8. 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)(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?

11.2.9. 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.....	20%
- gehoor van beide oren	50%
- 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	25%
- wijsvinger	15%
- elke andere vinger.....	10%
- arm tot in het schoudergewricht	75%
- 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 *blijvende invaliditeit* worden aangenomen. Het uitkeringspercentage ligt tussen de achter de betreffende diagnose vermelde percentages en wordt door de (geneeskundig) deskundige(n) vastgesteld.

- postcommotioneel syndroom
- Met 'postcommotioneel syndroom' wordt hier bedoeld: langdurige klachten na een hersenschudding.0-8%
- 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 15%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van € 15.000,00.

11.2.10. **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 uitkeringsschaal van artikel 11.2.9. 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 15%. Het uitkeringspercentage bij een gedeeltelijk functieverlies van 75% bedraagt in dat geval (75% van 15% =) 11,25%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van 11,25% van € 100.000,00, dus € 11.250,00.

11.2.11. **Vaststelling uitkeringspercentage in overige gevallen**

Bij blijvend geheel 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. Tevens zal 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 *verzekerde*. (**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 hoogste 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 *verzekerde* 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 deze *verzekerde* 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.

11.2.12. **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 25% en voor de wijsvinger op 15%. Het totale uitkeringspercentage bedraagt in dat geval 40%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van (40% van € 100.000,00 =) € 40.000,00.

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 25%. Het uitkeringspercentage voor de duim bedraagt bij een gedeeltelijk functieverlies van 50% in dat geval (50% van 25% =) 12,5%. Als het verzekerde bedrag voor *blijvende invaliditeit* € 100.000,00 is, ontvangt de *begunstigde* in dat geval dus een uitkering van € 67.500,00 (namelijk 55% + 12,5% = 67,5% van € 100.000,00).

11.2.13. **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.

11.3. **Tijdelijke uitkering bij arbeidsongeschiktheid**

11.3.1. Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* *arbeidsongeschikt* raakt, keren *assuradeuren* aan *begunstigde*, tot maximaal 365 dagen na de dag van het *ongeval*, het op de *polis* vermelde bedrag per dag uit voor de duur van volledige *arbeidsongeschiktheid* en een gedeelte van dit bedrag bij gedeeltelijke *arbeidsongeschiktheid*.

11.3.2. Het recht op uitkering begint op de dag dat *verzekerde* zich onder geneeskundige behandeling heeft gesteld en hij ook *arbeidsongeschikt* is.

11.3.3. De uitkering wordt berekend door het verzekerde bedrag bij *arbeidsongeschiktheid* dat vermeld staat op de *polis* te vermenigvuldigen

met het percentage *arbeidsongeschiktheid* en het aantal dagen dat de *arbeidsongeschiktheid* heeft geduurd. De uitkering wordt bij het einde van de *arbeidsongeschiktheid* of aan het einde van de maximale uitkeringstermijn betaald, maar *assuradeuren* mogen de uitkeringen bedragen ook als (periodiek) voorschot aan de *begunstigde* uitbetalen.

- 11.3.4. De (mate van) *arbeidsongeschiktheid* zal worden vastgesteld op basis van de rapportage(s) van door *assuradeuren* ingeschakelde (arbeids)deskundigen.
- 11.3.5. De uitkering eindigt in de volgende gevallen:
- als *verzekerde* weer geschikt is om de werkzaamheden, die horen bij het beroep zoals vermeld op de *polis*, weer te verrichten;
 - als de geneeskundige behandeling is gestopt;
 - als er een uitkering voor *blijvende invaliditeit* op basis van deze verzekeringsovereenkomst voor hetzelfde *ongeval* wordt verstrekt;
 - bij *overlijden* van *verzekerde*.
- De uitkering eindigt in ieder geval na 365 dagen na de dag van het *ongeval*.
- 11.3.6. Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* niet *arbeidsongeschikt* is, maar door dit *ongeval* wel *geneeskundige kosten* moet maken, vergoeden *assuradeuren* deze kosten. De vergoeding van *geneeskundige kosten* is maximaal het verzekerde bedrag (per dag) voor *arbeidsongeschiktheid* dat vermeld is op de *polis* maal 365 dagen na de dag van het *ongeval*.
- 11.3.7. Deze bepaling is niet van toepassing als *verzekerde* al op een andere basis recht heeft op vergoeding van deze kosten onder deze verzekeringsovereenkomst (zie bijvoorbeeld artikel 11.4. van deze algemene voorwaarden).
- 11.3.8. Op deze bepaling is de samenloopregeling van artikel 16.4. van toepassing.

11.4. Uitkering bij geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten

- 11.4.1. Als *verzekerde* door een gedekt *ongeval* *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten* maakt, zullen deze kosten door *assuradeuren* tot maximaal het verzekerde bedrag voor *geneeskundige- en/of tandheelkundige kosten* als vermeld op de *polis*, tot uiterlijk 365 dagen na het *ongeval* worden vergoed. Hierbij geldt een eigen risico van € 25,00 per *gebeurtenis*.
- 11.4.2. De kosten waarvan de *verzekerde* een vergoeding van *assuradeuren* vraagt, moeten worden aangetoond door originele, gespecificeerde nota's.
- 11.4.3. Voorwaarden voor vergoeding van *geneeskundige- of tandheelkundige kosten* zijn dat:
- *verzekerde* aantoonbaar dat de kosten gemaakt zijn door 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.
- 11.4.4. Op deze bepaling is de samenloopregeling van artikel 16.4. van toepassing.
- 11.4.5. Het wettelijk verplicht eigen risico voor de zorg uit de basisverzekering komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 12. 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.

Artikel 13. Premie

13.1. Betaling van premie

Verzekeringnemer moet de *premie*, de poliskosten en de (eventuele) assurantiebepaling 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.

13.2. Wanbetaling, verval van verzekeringsdekking

- 13.2.1. Als *verzekeringnemer* de *aanvangspremie* niet uiterlijk op de 30e 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.
- 13.2.2. 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.
- 13.2.3. 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.
- 13.2.4. Als *verzekeringnemer* (een termijn van) de *vervolgpremie* niet of niet tijdig betaalt, wordt de verzekering 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.
- 13.2.5. 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* (buitengerechtigde) incassokosten verschuldigd.
- 13.2.6. *Verzekeringnemer* blijft, ondanks beëindiging van de verzekering of schorsing van de dekking, verplicht de nog niet betaalde *premie* te betalen.
- 13.2.7. 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 (buitengerechtigde) incassokosten, hebben ontvangen. In geval van termijnbetaling betekent dit dat alle nog niet betaalde termijnen geheel, inclusief wettelijke rente en (buitengerechtigde) incassokosten, moeten zijn betaald.

Artikel 14. Wijzigingen (van risico, premie en/of voorwaarden)

14.1. En-bloc-herziening

- 14.1.1. *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.
- 14.1.2. *Verzekeringnemer* zal van tevoren schriftelijk over de en-bloc-herziening worden geïnformeerd.
- 14.1.3. 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.
- 14.1.4. 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.
- 14.1.5. 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.

14.2. Risicowijziging

14.2.1. *Verzekeringnemer* en/of *verzekerde* zijn 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. De melding moet schriftelijk (dit betekent per brief of per e-mail) worden gedaan.

Van een mogelijke risicowijziging is in ieder geval sprake:

- als *verzekerde* verandert van beroep of aanmerkelijk andere beroepsactiviteiten gaat uitvoeren of;
- als 1 of meer omstandigheden in vergelijking met de bij het tot stand komen van de verzekering verstrekte gegevens aanmerkelijk wijzigen; hiervan is in ieder geval sprake als *verzekerde* met machines gaat werken.

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

14.2.3. In geval van een risicoverzwaren 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.

14.2.4. **Let op:** Een risicoverzwaren valt niet automatisch onder de verzekeringsdekking. Een risicoverzwaren 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 15. Bijzondere bepalingen met betrekking tot een *verzekerde* die in het buitenland woont

15.1. *Verzekerde* in het buitenland

Voor een *verzekerde* die in het buitenland woont hebben *assuradeuren* het recht een eventuele *blijvende invaliditeit* in Nederland te laten vaststellen.

15.2. Vreemde Valuta

Als deze verzekering van toepassing is op een *verzekerde* die in een land met een andere valuta dan de Euro woont, dan zullen uit te keren bedragen die in de *polis* in Euro zijn vermeld, worden 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 16. Algemene bepalingen

16.1. Looptijd van de verzekering

16.1.1. 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*.

16.1.2. Zodra de verzekering is verlengd, kan de verzekering op elk gewenst moment tussentijds door *verzekeringnemer* worden opgezegd. De opzegging moet per brief of per e-mail worden gedaan, waarbij rekening moet worden gehouden met een opzegtermijn van 1 maand.

16.2. Tussentijdse beëindiging

16.2.1. 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.

16.2.2. 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.

16.2.3. De dekking van *molest* zoals omschreven in artikel 3.9. en 5.1. 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.

16.2.4. 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.

16.3. Beëindiging verzekeringsdekking

16.3.1. De dekking voor een *verzekerde* eindigt automatisch aan het einde van het verzekeringsjaar waarin deze *verzekerde* 75 jaar is geworden.

16.3.2. De dekking voor een *verzekerde* eindigt automatisch op de eerste premievervaldatum na de dag waarop deze *verzekerde* niet meer in Nederland woont; de dekking van tijdelijke *arbeidsongeschiktheid* en/of *geneeskundige*- en/of *tandheelkundige kosten* eindigt direct op het moment dat *verzekerde* niet meer in Nederland woont.

16.4. 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 (óf 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.

16.5. Kennisgevingen / adres

16.5.1. 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*.

16.5.2. Alle kennisgevingen en/of overige correspondentie van *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* en/of *begunstigde* aan *verzekeraar* moeten worden gericht aan *assuradeuren*.

16.6. Geschillen

16.6.1. 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 (info@hienfeld.nl) wordt ingediend.

Als de klacht niet naar de wens van de indiener is opgelost dan kan de klacht worden ingediend bij:

- Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD)
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag.

16.6.2. 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.

16.7. Toepasselijk recht

Op deze verzekeringsovereenkomst is Nederlands recht van toepassing.

16.8. Privacy

16.8.1. *Assuradeuren* verwerken persoonsgegevens conform de Wet bescherming persoonsgegevens en houden zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Deze gedragscode kan worden opgevraagd via www.verzekeraars.nl.

16.8.2. 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 Compliancy Check.

16.8.3. Om hun werkzaamheden goed uit te kunnen voeren, zijn *assuradeuren* aangesloten bij de Stichting Centraal Informatie Systeem in Den Haag. De stichting heeft tot doel het verzamelen en bewaren van verzekeringsgegevens voor verzekeringsmaatschappijen en gevolmachtigde agenten om fraude en criminaliteit tegen te gaan. Om dit doel te bereiken, kunnen aangesloten partijen ook onderling gegevens uitwisselen.

16.9. 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 clausuleblad kosteloos nazenden. Ook kan de tekst worden bekeken op www.hienfeld.nl/nht.

Bijlage

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:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 vermogensopbouw 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 gedeponereerd op 23 november 2007 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam te Amsterdam.