

■ Algemene voorwaarden

Ongevallenverzekering Corporate Accident Plus - Top Collective Business

■ Voorwoord

Dit contract is een alle risico's contract

Dit wil zeggen dat de maatschappij alle ongevallen, zoals in de voorwaarden

gedefinieerd, verzekert voor zover ze niet expliciet worden uitgesloten.

Welke waarborgen en welke vergoedingsformules omvat dit contract ?

Dit contract omvat twee waarborgen :

- ongevallen overkomen tijdens het beroepsleven
- ongevallen overkomen tijdens het privé-leven

Elke waarborg kan apart onderschreven worden.

Voorts zijn er 2 vergoedingsformules :

- type wet
- type multiplicatoren

De formule type multiplicatoren kan met een dekking 'welfare' worden aangevuld.

Hoe uw contract raadplegen?

Het Lexicon vermeldt de juiste betekenis van een aantal begrippen die in de tekst aangeduid zijn met een asterix.

Waar kunt u terecht voor inlichtingen ?

Heeft u vragen of problemen met betrekking tot dit contract of een schadegeval, dan kunt u zich steeds wenden tot uw makelaar of onze diensten.

Heeft u een klacht, dan kunt u eveneens terecht bij de Controledienst voor de Verzekeringen, Kortenberglaan 61 te B-1000 Brussel, onverminderd uw recht een rechtsgeding aan te spannen.

■ Inhoudstafel

1. Doel en omvang van de verzekering

1.1. Algemeen	Wat is het doel van deze verzekering ?	7
	Waar geldt deze verzekering ?	7
	Welke wetgeving is van toepassing ?	7
	Is er een leeftijdsgrens ?	7
1.2. Ongevallen overkomen tijdens het beroepsleven	Wat is het voorwerp van deze waarborg ?	8
	Over welke ongevallen gaat het ?	8
1.3. Ongevallen overkomen tijdens het privé-leven	Wat is het voorwerp van deze waarborg ?	9
	Over welke ongevallen gaat het ?	9
	Tijdelijke inactiviteit	9
	In welke gevallen geldt de verzekering niet ?	9

2. De vergoedingsformules

2.1. Vergoedings- formule type Wet	Algemene regel	11
	Het conventioneel loon dat in aanmerking wordt genomen	11
	Wat in geval van overlijden ?	11
	Wat in geval van blijvende invaliditeit ?	11
	Wat in geval van medische kosten ?	11
	Bijkomende regels bij een ongeval privé-leven	12
2.2. Vergoedings- formule type multiplicatoren	Algemene regel	13
	Het conventioneel loon dat in aanmerking wordt genomen	13
	Wat omvat de waarborg overlijden ?	13
	Wat omvat de waarborg blijvende invaliditeit ?	14
	Wat omvat de waarborg tijdelijke arbeidsongeschiktheid ?	14
	Wat omvat de waarborg medische kosten ?	15
	De voorafbestaande toestand	15
	Wanneer worden de vergoedingen uitgekeerd ?	15
Heeft de maatschappij een verhaal tegen de aansprakelijken ?	16	
2.3. De dekking Welfare	Bedrag voor de bijkomende kosten	17
	De waarborg kinderoppas	17
	De begrafeniskosten	17
	Kosten voor opsporing en redding	17
	Repatriëringskosten	17
	Psychologische bijstand	18
	Esthetische schade	18
Tussenkost ter bevordering van de levenskwaliteit	18	

■ Inhoudstafel

3. *Administratieve bepalingen*

3.1. De beschrijving van het risico	Wat moet er worden meegedeeld ?	19
	Hoe kan het contract aangepast worden ?	19
	Bij schadegeval	19
	Bij fraude	20
	Bij vermindering van het risico	20
3.2. Het verloop van het contract	Wanneer vangt de verzekering aan ?	21
	Voor welke duur wordt het contract gesloten ?	21
	Wat bij wijziging van de premies en/of verzekeringsvoorwaarden ?	21
	Wat bij verandering van verzekeringnemer ?	21
	Wanneer kan de verzekering worden stopgezet ?	21
	Aan wie moeten mededelingen worden gericht ?	22
3.3. Premiebetaling	Forfaitaire premie of premie met afrekening ?	23
	Storting van een voorlopige premie ?	23
	Hoe worden de lonen aangegeven ?	23
	Hoe wordt de premie betaald ?	23
	Wat indien de premie niet betaald wordt ?	24
3.4. Bij schadegeval	Wat moet er bij schadegeval gedaan worden ?	25
	Welke zijn de onderzoeksmogelijkheden van de maatschappij ?	25
	Cumulatie van vergoedingen	25
	Wat bij meningsverschillen van medische aard ?	26
	Klachtafstand	26
	Welke sancties kan de maatschappij toepassen ?	26
<i>Lexicon</i>		27

1. Doel en omvang van de verzekering

■ 1.1. Algemeen

Artikel 1 :
Wat is het doel van deze verzekering ?

Deze verzekering waarborgt de betaling van de in dit contract bepaalde vergoedingen indien er een ongeval*

overkomt aan een verzekerde*, tijdens het beroeps*- en/of het privé-leven*.

Artikel 2 :
Waar geldt deze verzekering ?

De dekking geldt over heel de wereld.

Artikel 3 :
Welke wetgeving is van toepassing ?

De contractuele verhoudingen tussen de verzekeringnemer en de maatschappij

zullen worden geregeld door de Belgische wetgeving.

Artikel 4 :
Is er een leeftijdsgrens ?

De waarborg privé-leven eindigt, zonder andere formaliteit, bij het verstrijken van het verzekeringsjaar waarin de verzekerde

de leeftijd bereikt van 75 jaar, tenzij anders bepaald in de bijzondere voorwaarden.

1. Doel en omvang van de verzekering

■ **1.2. Ongevallen tijdens het beroepsleven**

Artikel 5 :
Wat is het voorwerp
van deze waarborg ?

Deze waarborg zorgt voor de betaling van de in dit contract bepaalde vergoedingen indien er een ongeval* overkomt aan een verzekerde*, tijdens het beroepsleven*.

De waarborg geldt niet voor luchtvaart-ongevallen wanneer verzekerde deel

uitmaakt van de bemanning of tijdens de vlucht een beroepsbedrijvigheid of andere bedrijvigheid verricht in verband met het toestel of de vlucht, tenzij anders overeengekomen.

Artikel 6 :
Over welke ongevallen
gaat het ?

Het begrip ongeval wordt geïnterpreteerd overeenkomstig de Wet*.

1. Doel en omvang van de verzekering

■ 1.3. Ongevallen overkomen tijdens het privé-leven

Artikel 7 :
**Wat is het voorwerp
van deze waarborg ?**

Deze waarborg zorgt voor de betaling van de in dit contract bepaalde vergoedingen

indien er een ongeval* overkomt aan een verzekerde tijdens het privé-leven*.

Artikel 8 :
**Over welke ongevallen
gaat het ?**

Het begrip ongeval wordt gedefinieerd in het Lexicon.
Worden gelijkgesteld aan een ongeval de hernia's, spierscheuren en spierverrekkingen, verstuikingen, ontwrichtingen die

het rechtstreeks gevolg zijn van een intense lichamelijke inspanning en die zich op een onmiddellijke en plotse manier voordoen.

Artikel 9 :
Tijdelijke inactiviteit

Deze waarborg blijft geldig voor de verzekerden die tijdelijk niet kunnen werken ingevolge ziekte, zwangerschapsverlof of ongeval.

De vergoedingen worden berekend op basis van het overeengekomen loon. Voor tijdelijke ongeschiktheid worden er echter geen vergoedingen uitgekeerd.

Artikel 10 :
**In welke gevallen geldt
de verzekering niet ?**

Deze waarborg geldt niet in de volgende gevallen:

a. Het ongeval is het gevolg van een vrijwillige of opzettelijke daad van de verzekerde of van de begunstigde.

Het redden van personen, dieren of goederen wordt niet beschouwd als een opzettelijke daad.

De waarborg geldt niet in geval van zelfmoord of zelfmoordpoging.

b. Het ongeval is overkomen naar aanleiding van een weddenschap, uitdaging of klaarblijkelijk roekeloze daad* vanwege de verzekerde ;

c. Het ongeval is overkomen terwijl de verzekerde zich in klaarblijkelijke staat van dronkenschap of verstandsverbijstering bevond of onder invloed was van verdovende middelen, tenzij bewezen wordt dat deze omstandigheden geen oorzakelijk verband hadden met het ongeval.

In het kader van een verkeersongeval wordt als klaarblijkelijke staat van dronkenschap beschouwd de toestand waarin iemand verkeert die 2,5 X de graad van wettelijk toegestane alcoholintoxicatie overstijgt.

De staat van dronkenschap kan ook uit andere elementen blijken.

d. Het ongeval bestaat uit zonnesteken, onderkoeling, bevriezing of uitputting tenzij ze het gevolg zijn van een

gewaarborgd ongeval of het gevolg zijn van een accidentele en abnormale onderbreking van een reis aan boord van een land-, zee- of luchtvervoermiddel, of ten gevolge van het redden van personen, dieren of goederen ;

e. Het ongeval is het gevolg van bezoldigde sportbeoefening (de term bezoldiging wordt geïnterpreteerd volgens art. 35 Wet 10/04/1971) ;

f. Het ongeval is het gevolg van deelname aan een georganiseerde sportwedstrijd of aan een demonstratie waarbij tijds- of snelheidsnormen opgelegd of gekozen worden behalve voor wat betreft atletiek ;

g. Het ongeval is het gevolg van deelname aan een georganiseerde wedstrijd inzake gevechts- of verdedigingssporten behalve voor wat betreft judo ;

h. Het ongeval is het gevolg van een luchtvaartongeval* behalve wanneer verzekerde passagier is ;

i. Het ongeval is overkomen in het land waar de verzekerde bedrijfszetel gevestigd is en is het gevolg van een gewapend conflict*, van onlusten* of daden van terrorisme*. De waarborg blijft echter verworven als de verzekerde niet actief heeft deelgenomen aan deze gebeurtenissen ;

1. Doel en omvang van de verzekering

■ 1.3. Ongevallen overkomen tijdens het privé-leven

j. Het ongeval het gevolg is van een gewapend conflict* of onlusten* of daden van terrorisme* in het buitenland.

De dekking is echter verworven als

- verzekerde niet actief heeft deelgenomen aan de gebeurtenissen en

- de Belgische staat niet heeft aanbevolen het grondgebied te verlaten of niet verboden heeft zich naar het grondgebied te begeven en/of

- de Belgische staat aanbevolen heeft het grondgebied te verlaten maar de verzekerde aantoon niet over de middelen hiertoe te beschikken.

k. Het ongeval het gevolg is van de radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van

splijtstoffen, radioactieve producten of afvalstoffen.

Nochtans blijft de waarborg gelden bij een ongeval dat zich heeft voorgedaan bij gelegenheidsbezoeken voor zover de verzekerde niet deelneemt aan het onderzoek of aan de behandeling van radioactieve elementen.

De waarborg blijft eveneens gelden bij medische bestraling genoodzaakt door een gewaarborgd ongeval.

l. Het ongeval overkomen is tijdens een natuurramp* in het land waar de verzekerde bedrijfszetel gevestigd is, tenzij bewezen wordt dat er geen oorzakelijk verband bestond tussen deze gebeurtenis en het ongeval.

2. De vergoedingsformules

■ 2.1. De vergoedingsformule type Wet

**Artikel 11 :
Algemene regel**

Een vergoeding type wet is een vergoeding op basis van dezelfde criteria als deze voorzien in de Wet* onder

voorbehoud van de hierondervermelde aanpassingen.

**Artikel 12 :
Het conventioneel
loon dat in aanmerking
wordt genomen**

• Bij een ongeval dat onder toepassing valt van de Wet*, is het loon dat in aanmerking wordt genomen, behoudens anders bepaald in de bijzondere voorwaarden, gelijk aan het deel dat vervat ligt tussen het wettelijk maximum op het

ogenblik van het ongeval en het maximumbedrag voorzien in het contract.

• Bij een ongeval* dat niet onder de toepassing van de Wet* valt, is het loon dat in aanmerking wordt genomen het loon dat in de bijzondere voorwaarden is vermeld.

**Artikel 13 :
Wat in geval
van overlijden ?**

De maatschappij keert het kapitaal uit dat de niet-geïndexeerde rente vertegenwoordigt, vastgesteld volgens dezelfde principes als in de Wet*, maar berekend

op basis van het barema van toepassing op de in contanten te betalen kapitalen, van kracht op het ogenblik van het ongeval.

**Artikel 14 :
Wat in geval
van blijvende
invaliditeit ?**

Zodra de partijen akkoord gaan met het percentage blijvende invaliditeit, wordt de uitkering vervangen door het kapitaal dat de niet-geïndexeerde rente vertegenwoordigt en dat vastgesteld wordt overeenkomstig dezelfde principes als in Wet*, maar berekend op basis van het

barema van toepassing op de kapitalen in contanten te betalen, van kracht op het ogenblik van het ongeval. Hierbij dient benadrukt dat geen enkel herval of verergering van de blijvende invaliditeit nog ten laste is van de maatschappij nadat het kapitaal werd uitbetaald.

**Artikel 15 :
Wat in geval
van medische kosten ?**

De terugbetaling van de behandelingskosten, de pharmaceutische kosten, de kosten verbonden aan een opname in een verpleeginstelling of aan een heelkundige ingreep, de kosten van prothesen en orthopedische toestellen en de verplaatsingskosten die in causaal verband staan met het ongeval, wordt ten laste genomen tot ten laatste het verstrijken van de herzieningstermijn zoals voorzien door de wet op de arbeidsongevallen.

Ze worden vergoed op vertoon van het bewijsstuk van de gemaakte kosten. Wanneer de verzekerde m.b.t. deze kosten reeds een terugbetaling heeft genoten krachtens de wetgeving op de Sociale Zekerheid of krachtens een andere verzekeringsovereenkomst, komt de maatschappij slechts tussen na aftrek van het totale bedrag van bedoelde terugbetalingen.

2. De vergoedingsformules

■ 2.1. De vergoedingsformule type Wet

Artikel 16 :
Bijkomende regels
bij een
ongeval privé-leven ?

Wanneer het om een ongeval tijdens het privé-leven gaat, gelden bijkomend de volgende regels

a. De vergoedingen worden niet geïndexeerd.

b. De graad van blijvende ongeschiktheid wordt vastgesteld overeenkomstig het officieel Belgisch invaliditeitsbarema, en dit volgens de waargenomen letsels en zonder rekening te houden met het beroep of de activiteiten van de verzekerde.

De maatschappij keert aan de begunstigde het door het contract voorziene kapitaal uit naar evenredigheid met de weerhouden graad van blijvende ongeschiktheid.

c. Wat de waarborg tijdelijke ongeschiktheid betreft is het zo dat wanneer de verzekerde met betrekking tot het ongeval uitkeringen geniet krachtens de Wetgeving op de Sociale Zekerheid, de maatschappij slechts tussenkomt na aftrek van het totale bedrag van bedoelde uitkeringen.

Deze vergoeding wordt uitbetaald vanaf de datum van ongeschiktheid vermeld op het medisch attest, rekening houdend met de wachttijd die is voorzien in de bijzondere voorwaarden.

De dagvergoedingen worden uitbetaald aan de begunstigde, behalve indien die vergoedingen betrekking hebben op een periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid die bezoldigd wordt door de verzekeringnemer. In dat geval worden ze integraal uitbetaald aan deze laatste. Hiervan kan worden afgeweken in de bijzondere voorwaarden.

d. Wat de waarborg medische kosten betreft, vergoedt de maatschappij de

behandelingskosten die medisch gezien noodzakelijk zijn en door een erkend geneesheer worden uitgevoerd of voorgeschreven. Ze vergoedt eveneens de kosten die het gevolg zijn van een opname in een verpleeginstelling of van een esthetisch - heelkundige behandeling evenals de door de medische behandeling gerechtvaardigde verplaatsingskosten. De verzekerde heeft recht op de terugbetaling van de herstellings- en vervangingskosten van de bestaande prothesen en orthopedische toestellen die door het ongeval zijn beschadigd, zelfs indien dit ongeval geen lichamelijk letsel veroorzaakt heeft. Hij heeft eveneens eenmalig recht op de terugbetaling van de aankoopprijs van de nieuwe prothesen en orthopedische toestellen die medisch gezien noodzakelijk zijn. De terugbetaling is beperkt tot het bedrag dat bepaald is door de richtlijnen van het Fonds voor Arbeidsongevallen of, bij ontstentenis, tot het tarief van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Deze kosten worden ten laste genomen tot de letsels geheeld zijn met een maximumperiode van drie jaar.

Ze worden vergoed op vertoon van het bewijsstuk van de gemaakte kosten.

Wanneer de verzekerde m.b.t. deze kosten reeds een terugbetaling heeft genoten krachtens de wetgeving op de Sociale Zekerheid of krachtens een andere verzekeringsovereenkomst, komt de maatschappij slechts tegemoet na aftrek van het totale bedrag van bedoelde terugbetalingen.

De tegemoetkoming van de maatschappij wordt, voor eenzelfde ongeval, per persoon beperkt tot het in de bijzondere voorwaarden bepaalde plafond.

2. De vergoedingsformules

■ 2.2. De vergoedingsformule type multiplicatoren

Artikel 17 : Algemene regel

Om van toepassing te zijn moeten de verschillende waarborgen vermeld staan in de bijzondere voorwaarden.

De vergoedingsvoorwaarden worden gepreciseerd in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 18 : Het conventioneel loon dat in aanmerking wordt genomen

• Bij een ongeval dat onder toepassing valt van de Wet*, is het loon dat in aanmerking wordt genomen, behoudens anders bepaald in de bijzondere voorwaarden, gelijk aan het deel dat vervat ligt tussen het wettelijk maximum

op het ogenblik van het ongeval en het maximumbedrag voorzien in het contract.

• Bij een ongeval* dat niet onder de toepassing van de Wet* valt, is het loon dat in aanmerking wordt genomen het loon dat in de bijzondere voorwaarden is vermeld.

Artikel 19 : Wat omvat de waarborg overlijden ?

Rechthebbenden

De rechthebbenden zijn :

• hetzij de echtgeno(o)t(e) op voorwaarde dat deze noch uit de echt, noch van tafel en bed, noch feitelijk gescheiden is ; bij ontstentenis van echtgeno(o)t(e), de erfgerechtigde kinderen van de verzekerde; bij ontstentenis van echtgeno(o)t(e) en kinderen, de wettelijke erfgenamen, volgens hun respectieve rechten in de nalatenschap, met uitzondering van de Staat;

• hetzij de begunstigde(n) aangeduid in de bijzondere voorwaarden. In dat geval is de bovenvermelde volgorde van begunstigten niet van toepassing. Bij vooroverlijden van de in de bijzondere voorwaarden aangeduide begunstigde of bij gelijktijdig overlijden van de verzekerde en deze begunstigde is de bovenvermelde begunstigingsvolgorde opnieuw van toepassing.

Vergoeding

Wanneer het overlijden het rechtstreeks gevolg is van het ongeval of veroorzaakt wordt door een bijkomende oorzaak die door het ongeval wordt verergerd zodanig dat zonder deze verergering het overlijden zich niet zou hebben voorgedaan, betaalt

de maatschappij het voorziene kapitaal uit aan de rechthebbenden.

Wanneer het overlijden, in oorzakelijk verband met het ongeval, zich voordoet binnen een termijn van 3 jaar te rekenen vanaf de dag van het ongeval, betaalt de maatschappij aan de bovenvermelde rechthebbenden het eventuele verschil tussen het kapitaal voorzien in het contract bij overlijden en het bedrag dat reeds werd uitbetaald voor de blijvende invaliditeit.

Als het kapitaal dat reeds werd uitbetaald voor de blijvende invaliditeit groter is dan het kapitaal voorzien in het contract bij overlijden is er geen terugbetaling verschuldigd.

Verdwijning

Bij verdwijning van de verzekerde ten gevolge van een gedekt ongeval, wordt de verdwijning met het overlijden gelijkgesteld wanneer de verzekerde niet opnieuw verschenen is binnen een termijn van 3 jaar vanaf het ogenblik van het ongeval.

Wanneer de verzekerde in leven wordt teruggevonden na de betaling van de voorziene vergoeding worden alle sommen die door de maatschappij werden betaald door de begunstigten terugbetaald.

2. De vergoedingsformules

■ 2.2. De vergoedingsformule type multiplicatoren

Artikel 20 :
Wat omvat de waarborg
Blijvende Invaliditeit ?

• **Consolidatie**

De toestand van de verzekerde wordt als definitief beschouwd en de graad van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld op deze basis ten laatste bij het verstrijken van een termijn van drie jaren te rekenen vanaf de datum van het ongeval.

Voor de ongevallen die onder toepassing vallen van de Wet* wordt de consolidatiedatum vastgesteld zoals voorzien is in het kader van de procedure arbeidsongevallen.

• **Graad van ongeschiktheid ?**

De graad van blijvende ongeschiktheid wordt vastgesteld overeenkomstig het officieel Belgisch invaliditeitsbarema, en dit volgens de waargenomen letsels en zonder rekening te houden met het beroep of de activiteiten van de verzekerde.

De maatschappij keert dan aan de begunstigde het door de polis voorziene kapitaal uit naar evenredigheid met de weerhouden graad van blijvende ongeschiktheid.

Voor de ongevallen die onder toepassing vallen van de Wet* zal de maatschappij de wetsverzekeraar volgen voor wat betreft de graad van blijvende ongeschiktheid.

• **Betwisting op medisch gebied betreffende de graad van blijvende invaliditeit**

In dit geval betaalt de maatschappij, op aanvraag van de verzekerde, een voorschot uit dat gelijk is aan de helft van het kapitaal, berekend op basis van de door haar voorgestelde graad van blijvende invaliditeit.

• **Overlijden dat niet het gevolg is van het ongeval, vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit**

Wanneer een verzekerde, alvorens de graad van blijvende invaliditeit werd vastgesteld, overlijdt ten gevolge van een oorzaak die niet in verband staat met het ongeval zal de maatschappij de vergoeding uitkeren voorzien voor de blijvende invaliditeit op basis van de minimumgraad die de verzekerde zou hebben bekomen.

Artikel 21 :
Wat omvat de waarborg
tijdelijke arbeids-
ongeschiktheid ?

Indien de verzekerde tijdelijk arbeidsongeschikt is, keert de maatschappij een dagvergoeding uit waarvan het bedrag in de bijzondere voorwaarden is vastgesteld.

Deze vergoeding wordt uitbetaald vanaf de datum van het begin van de ongeschiktheid vermeld op het medisch attest, rekening houdend met de wachttijd die is voorzien in de bijzondere voorwaarden.

Ze is verschuldigd tot het ogenblik waarop de verzekerde zijn beroepsactiviteiten herneemt tenzij de vergoedingsperiode anders bepaald is in de bijzondere voorwaarden.

Indien de verzekerde zijn beroepsactiviteiten niet volledig onderbreekt of zodra hij ze gedeeltelijk kan hernemen,

wordt de dagelijkse vergoeding naar evenredigheid verminderd.

Wanneer de verzekerde met betrekking tot het ongeval uitkeringen geniet krachtens de Wetgeving op de Sociale Zekerheid, komt de maatschappij slechts tegemoet na aftrek van het totale bedrag van bedoelde uitkeringen.

De dagvergoedingen worden uitbetaald aan de begunstigde*, behalve indien die vergoedingen betrekking hebben op een periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid die bezoldigd wordt door de verzekeringnemer. In dat geval worden ze integraal uitbetaald aan deze laatste.

Hiervan kan worden afgeweken in de bijzondere voorwaarden.

2. De vergoedingsformules

■ 2.2. De vergoedingsformule type multiplicatoren

Artikel 22 :
Wat omvat de waarborg medische kosten ?

De maatschappij vergoedt de behandelingskosten die medisch gezien noodzakelijk zijn en door een daartoe erkend geneesheer worden uitgevoerd of voorgeschreven. Ze vergoedt eveneens de kosten die het gevolg zijn van een opname in een verpleeginstelling of van een esthetisch - heelkundige behandeling evenals de door de medische behandeling gerechtvaardigde verplaatsingskosten.

De verzekerde heeft recht op de terugbetaling van de herstellings- en vervangingskosten van de bestaande prothesen en orthopedische toestellen die door het ongeval zijn beschadigd, zelfs indien dit ongeval geen lichamenlijk letsel veroorzaakt heeft. Hij heeft eveneens eenmalig recht op de terugbetaling van de aankoopprijs van de nieuwe prothesen en orthopedische toestellen die medisch gezien noodzakelijk zijn.

De terugbetaling is beperkt tot het bedrag dat bepaald is door de richtlijnen van het Fonds voor Arbeidsongevallen of, bij ontstentenis, tot het tarief van de Ziekten- en Invaliditeitsverzekering.

Deze kosten worden ten laste genomen tot de letsels geheeld zijn met een maximumperiode van drie jaar. Ze worden vergoed op vertoon van het bewijsstuk van de gemaakte kosten.

Wanneer de verzekerde m.b.t. deze kosten reeds een terugbetaling heeft genoten krachtens de wetgeving op de Sociale Zekerheid of krachtens een andere verzekeringsovereenkomst, komt de maatschappij slechts tegemoet na aftrek van het totale bedrag van bedoelde terugbetalingen.

De tegemoetkoming van de maatschappij wordt, voor eenzelfde ongeval, per persoon beperkt tot het in de bijzondere voorwaarden bepaalde plafond.

Artikel 23 :
De voorafbestaande toestand

De door de maatschappij verschuldigde vergoedingen worden uitsluitend in functie van de rechtstreekse gevolgen van het ongeval vastgesteld. Wanneer een aan het ongeval te wijten letsel een reeds in zijn mogelijkheden beperkt lichaams-

orgaan, -deel of -functie treft, vergoedt de maatschappij het functieverlies onder aftrek van de voorheen bestaande invaliditeit.

Dit artikel geldt niet voor de ongevallen die onder de toepassing van de Wet* vallen.

Artikel 24 :
Wanneer worden de vergoedingen uitgekeerd ?

- De medische kosten worden vergoed na voorlegging van het bewijsstuk van de gemaakte kosten.

- De betaling van de vergoeding voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid gebeurt maandelijks na vervallen termijn.

- Het kapitaal blijvende invaliditeit wordt aan de verzekerde uitgekeerd binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de datum waarop de maatschappij vanwege de verzekerde of van zijn ouders (of voogd indien de verzekerde minderjarig is) het schriftelijk akkoord ontvangt omtrent de definitief vastgestelde graad van blijvende invaliditeit.

- Het kapitaal overlijden wordt uitgekeerd binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de dag dat de maatschappij de gevraagde bewijsstukken ontvangt en na ontvangst van het ondertekende kwijtschrift.

- Bij elke andere betwisting dan over de graad van arbeidsongeschiktheid, worden de vergoedingen uitgekeerd binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de datum waarop de maatschappij aanvaardt het schadegeval ten laste te nemen of vanaf de datum waarop de rechterlijke beslissing die over het geschil uitspraak doet in kracht van gewijsde treedt.

2. De vergoedingsformules

■ 2.2. De vergoedingsformule type multiplicatoren

Artikel 25 :
Heeft de maatschappij
een verhaal tegen de
aansprakelijken ?

De maatschappij verzaakt aan elk verhaal tegen derden die hetzij het ongeval zelf hebben veroorzaakt hetzij er burgerrechtelijk aansprakelijk voor zijn, behalve voor wat betreft de medische kosten. Voor de medische kosten is de maatschappij gesubrogeerd in de rechten van de persoon die deze kosten heeft gemaakt tegen de derden die het ongeval hebben

veroorzaakt of er aansprakelijk voor zijn met uitzondering van de verzekeringnemer zelf, zijn echtgenote of de personen die deel uitmaken van zijn huishouden.

Voorafgaandelijk is er een uitdrukkelijk akkoord vanwege de maatschappij vereist alvorens een verhaalsafstand hieromtrent mag verleend worden.

2. De vergoedingsformules

■ 2.3. Dekking Welfare

**Artikel 26 :
Bedrag voor de
bijkomende kosten**

De dekking Welfare is optioneel. De tussenkomsten voorzien in de artikelen 27 tot en met 33 komen bovenop het maximumbedrag voorzien in de Formule

multiplicatoren en zijn gekoppeld aan het indexcijfer der consumptieprijzen waarbij het basisindexcijfer dat is van januari 2003 namelijk 111,55.

**Artikel 27 :
De waarborg
kinderoppas ?**

Bij hospitalisatie van de verzekerde ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij een forfaitair bedrag van 15,00 EUR per dag ziekenhuisopname, met een maximum van 300,00 EUR als tegemoetkoming voor de kosten verbonden aan kinderopvang voor kinderen jonger dan 15 jaar.
De maatschappij komt eveneens tussen in de kosten van kinderoppas voor kinderen

jonger dan 15 jaar die slachtoffer waren van een gedekt ongeval* en die op basis van een medisch getuigschrift de school niet kunnen bezoeken.
De tussenkomst bedraagt 15,00 EUR per dag met een max. van 300,00 EUR per ongeval.
De waarborg kinderoppas geldt niet tijdens de periode waarin het kind in het ziekenhuis is opgenomen.

**Artikel 28 :
De begrafenis-kosten**

In geval van overlijden ten gevolge van een gewaarborgd ongeval* van de verzekerde vergoedt de maatschappij tot beloop van 5.000,00 EUR de begrafenis-

kosten aan de persoon die deze kosten heeft betaald op basis van aan de maatschappij voorgelegde bewijsstukken.

**Artikel 29 :
Kosten voor opsporing
en redding**

De kosten voor de opsporing en redding van verzekerden n.a.v. een gewaarborgd ongeval worden door de maatschappij eveneens ten laste genomen ten belope van 1.000,00 EUR per persoon.

Ze worden terugbetaald aan de persoon die ze gemaakt heeft, op basis van aan de maatschappij de voorgelegde bewijsstukken.

**Artikel 30 :
Repatriëringskosten**

Bij een ongeval* in het buitenland betaalt de maatschappij de bijkomende hotelkosten terug evenals de repatriëringskosten die om medische redenen noodzakelijk zijn.
De kosten voor het repatriëren van het stoffelijk overschot worden eveneens terugbetaald.

Deze tussenkomst belooft max. 2.000,00 EUR per persoon.
Ze worden terugbetaald aan de persoon die ze gemaakt heeft op basis van de aan de maatschappij voorgelegde bewijsstukken.

2. De vergoedingsformules

■ 2.3. Dekking Welfare

Artikel 31 :
**Psychologische
bijstand**

De maatschappij betaalt de kosten voor psychologische bijstand na een gewaarborgd ongeval* terug

- zowel ten voordele van de verzekerde
- als ten voordele van de echtgenoot/echtgenote, de samenwonende partner en/of de inwonende kinderen voor ongevallen* overkomen aan verzekerde en die de dood of een blijvende invaliditeit van verzekerde tot gevolg hebben. Deze

invaliditeit moet op basis van het advies van de raadsgeneesheer van de verzekeraar ten minste 50 % bedragen.

De tussenkomst van de verzekeraar wordt slechts verleend voor zover de bijstand een aanvang heeft genomen binnen de 6 maanden volgend op het ongeval.

Deze tussenkomst beloopt 1.000,00 EUR per schadegeval en geschiedt op basis van voorgelegde bewijsstukken.

Artikel 32 :
Esthetische schade

De maatschappij betaalt n.a.v. een gewaarborgd ongeval* tevens een bedrag ten voordele van de verzekerde voor esthetische schade indien hiervan sprake is in het consolidatieverslag.

Deze tussenkomst beloopt 1.000,00 EUR per graad.

Dit bedrag wordt verdubbeld voor de esthetische schade vanaf 4 op een schaal van 1 tot 7.

Artikel 33 :
**Tussenkomst
ter bevordering van
de levenskwaliteit**

De maatschappij betaalt een vergoeding aan de verzekerde die ten gevolge van een gewaarborgd ongeval* een blijvende ongeschiktheid van ten minste 30 % heeft

opgelopen : voor elke graad van ongeschiktheid wordt 200,00 EUR toegekend, met een Engelse vrijstelling* van 30 %.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.1. De beschrijving van het risico

Artikel 34 :
Wat moet er worden meegedeeld ?

• **Bij het sluiten van het contract**

Al de omstandigheden waarvan de verzekeringnemer kennis heeft en die hij redelijkerwijze moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de maatschappij.

De verzekeringnemer is er onder andere toe gehouden aan de maatschappij alle inlichtingen te verstrekken met betrekking tot de beroepsactiviteiten die hij en de andere verzekerden uitoefenen.

• **In de loop van het contract**

Zo vlug mogelijk, alle nieuwe of gewijzigde omstandigheden waarvan de verzekeringnemer kennis heeft en die hij redelijkerwijze moet beschouwen als van aard om het verzekerde risico aanzienlijk en blijvend te verzwaren.

De verzekeringnemer moet met name aangifte doen van iedere zowel tijdelijke of blijvende nieuwe activiteit. De bijkomende dekking is pas verworven nadat de maatschappij schriftelijk haar instemming heeft gegeven.

Artikel 35 :
Hoe kan het contract worden aangepast ?

Binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop de maatschappij in kennis werd gesteld van een onjuiste of onvolledige beschrijving van het risico of van een verzwaring ervan kan zij :

- een wijziging van het contract voorstellen met aanvang :
 - op de dag waarop de maatschappij in kennis werd gesteld van de onjuiste of onvolledige beschrijving van het risico bij het sluiten van het contract ;
 - met terugwerkende kracht op de dag van de verzwaring van het risico in de loop

van het contract ongeacht of de verzekeringnemer deze verzwaring al dan niet heeft aangegeven ;

- het contract opzeggen indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het risico in geen geval zou verzekerd hebben.

Indien de verzekeringnemer het voorstel tot wijziging van het contact weigert of indien hij bij het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard heeft, kan de maatschappij het contract binnen 15 dagen opzeggen.

Artikel 36 :
Bij schadegeval

Indien het verzwijgen of onjuist meedelen bij de beschrijving van het risico niet verweten kan worden aan de verzekeringnemer levert de maatschappij de overeengekomen prestatie.

Indien dit verzwijgen of onjuist meedelen daarentegen wel aan de verzekeringnemer kan verweten worden, levert de maatschappij de prestatie naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die verzekeringnemer zou

betaald moeten hebben indien hij het risico waarvan de ware aard door het schadegeval aan het licht kwam correct had beschreven.

Indien de maatschappij echter het bewijs levert dat zij het risico in geen geval zou verzekerd hebben zal zij zich beperken tot de terugbetaling van alle premies betaald vanaf het ogenblik waarop het risico onverzekerbaar werd.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.1. De beschrijving van het risico

**Artikel 37 :
Bij fraude**

Indien het verzwijgen of onjuist meedelen opzettelijk gebeurde, waardoor de maatschappij bij de beoordeling van het risico misleid werd, geldt het volgende :

- bij het sluiten van het contract, is dit van rechtswege nietig
- in de loop van het contract, kan de maatschappij het met onmiddellijke uitwerking opzeggen.

Al de premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis kreeg van de fraude, zijn haar verschuldigd als schadevergoeding en bij schadegeval kan zij haar waarborg weigeren.

**Artikel 38 :
Bij vermindering
van het risico**

Wanneer het verzekerde risico op een zodanige aanzienlijke en blijvende manier is verminderd dat als deze vermindering op het ogenblik van het sluiten van het contract had bestaan de maatschappij de verzekering aan andere voorwaarden had toegestaan, zal de maatschappij de premie verminderen op een evenredige

manier vanaf de dag dat ze kennis heeft gekregen van de vermindering van het risico.

Als er geen akkoord wordt bekomen omtrent de nieuwe premie binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de aanvraag van vermindering, mag de verzekeringnemer het contract opzeggen.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ **3.2. Het verloop van het contract**

Artikel 39 :
Wanneer vangt de verzekering aan ?

De verzekering wordt van kracht op de datum en het uur, vastgesteld in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 40 :
Voor welke duur wordt het contract gesloten ?

Deze verzekering is afgesloten voor de duur die vastgesteld is in de bijzondere voorwaarden.
Op het einde van de verzekeringsperiode wordt het contract stilzwijgend van jaar tot

jaar vernieuwd, tenzij het door één van de partijen ten minste drie maanden voor het verstrijken van de lopende periode werd opgezegd bij een ter post aangetekende brief.

Artikel 41 :
Wat bij wijziging van de premies en/of verzekeringsvoorwaarden ?

Indien de verzekeringsvoorwaarden en/of het tarief wordt gewijzigd, kan de maatschappij het contract op de volgende jaarlijkse premievervaldag aanpassen.
Wanneer de verzekeringnemer van de wijziging verwittigd werd minstens 4 maanden voor de jaarlijkse vervalddag, heeft hij het recht het contract op te zeggen uiterlijk 3 maanden vóór deze vervalddag. Het contract eindigt dan op de vervalddag.
Indien de verzekeringnemer minder dan 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag van de wijziging werd verwittigd, kan hij het contract opzeggen gedurende een termijn van 3 maanden te rekenen vanaf de dag van de kennisgeving van de wijziging.

In dit geval neemt het contract een einde na afloop van een periode van 1 maand, te rekenen vanaf de dag volgende op de afgifte van de aangetekende opzeggingsbrief op de post, maar ten vroegste op de jaarlijkse vervalddag die volgt op de kennisgeving van de wijziging.
De mogelijkheid tot opzegging voorzien in de tweede en derde alinea bestaat niet wanneer de wijziging van het tarief of van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit een algemene aanpassing die door de bevoegde overheid wordt opgelegd en wanneer de toepassing ervan gelijk is voor alle maatschappijen.

Artikel 42 :
Wat bij verandering van verzekeringnemer ?

Bij overdracht of bij inbreng om niet of onder bezwarende titel, bij gedeeltelijke of volledige overdracht van activiteiten, of bij opslorping, fusie, ontbinding of vereffening is de verzekeringnemer ertoe gehouden hiervan onmiddellijk aangifte te doen bij de maatschappij.
Voor zover de premie betaald is, blijft de waarborg behouden tot de datum van

overdracht, inbreng, fusie, opslorping, ontbinding of vereffening.

Bij omvorming naar een vennootschap of bij wijziging van rechtspersoon maar met behoud van de activiteit, moet de verzekeringnemer dit onmiddellijk aangeven aan de maatschappij en verbindt er zich toe de verzekering verder te zetten.

Artikel 43 :
Wanneer kan de verzekering worden stopgezet ?

- **Door de verzekeringnemer**
 - tegen het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig artikel 40
 - na een aangifte van schadegeval doch uiterlijk één maand na de kennisgeving door de maatschappij van de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding
 - in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en/of het tarief overeenkomstig artikel 41

- in geval van vermindering van het risico overeenkomstig artikel 38
- wanneer er tussen de datum van het sluiten van het contract en deze van de aanvangsdatum een termijn van meer dan één jaar verstrijkt. In dit geval moet de verzekeringnemer het contract opzeggen ten laatste drie maanden voor de overeengekomen ingangsdatum.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.2. Het verloop van het contract

- **Door de maatschappij :**

- tegen het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig artikel 40
- indien de verzekeringnemer haar een wijziging van het risico meldt overeenkomstig de in artikel 35 beschreven procedure ;
- indien de verzekeringnemer het risico niet correct heeft beschreven, overeenkomstig de in artikel 37 beschreven procedure ;
- in geval van niet-betaling van de premie overeenkomstig artikel 49
- na elke aangifte van schadegeval maar uiterlijk één maand na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding
- bij gebrek aan loonaangifte zoals bepaald in artikel 47.

- **Van rechtswege**

- op de datum van de definitieve stopzetting van de onderneming
- op de datum van staking van betaling of op de datum van de vereffening in geval

van faillissement, minnelijke vereffening of gerechtelijk akkoord van de verzekeringnemer

- **Opzeggingsmodaliteiten**

De opzegging geschiedt hetzij per aangetekend schrijven, hetzij per brief aan de bestemming overhandigd tegen ontvangstbewijs, hetzij per deurwaarders-exploot.

Behoudens tegenstrijdige bepalingen in huidig contract zal de opzegging slechts uitwerking hebben na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de dag na de betekening of de datum van het ontvangstbewijs, of in geval van een aangetekend schrijven te rekenen vanaf de dag volgend op deze van afgifte bij de post.

De maatschappij zal het deel van de premie dat betrekking heeft op de periode na de datum waarop de opzegging uitwerking heeft, terugbetalen.

Artikel 44 :
Aan wie moeten mededelingen worden gericht ?

Om geldig te zijn moeten de mededelingen en kennisgevingen die voor de maatschappij bestemd zijn, gericht worden aan naar zetel in België, aan het in het contract aangeduide adres of aan het later door de maatschappij meegedeelde adres.

Mededelingen en kennisgevingen van de maatschappij aan de verzekeringnemer zijn geldig indien ze gericht worden aan het in het contract aangeduide adres of aan het door de verzekeringnemer later meegedeelde adres.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ **3.3. Premiebetaling**

Artikel 45 :
**Forfaitaire premie of
premie met afrekening ?**

De premie wordt vastgesteld op basis van de bezoldigingen van de verzekerden en wordt berekend na vervallen termijn. De

premie kan evenwel ook forfaitair worden bepaald ; in dit geval is zij voorafgaandelijk betaalbaar.

Artikel 46 :
**Storting van een
voorlopige premie**

Wanneer de premie na vervallen termijn afgerekend wordt, moet een provisionele premie betaald worden op de in de bijzondere voorwaarden aangeduide vervaldagen en voor de eerste keer bij de inwerkingtreding van het contract. De provisionele premie moet betaald worden binnen de 30 dagen na de uitnodiging tot betaling en ze wordt aangewend voor de betaling van de volledige of een deel van de definitieve premie. Die premie is gelijk aan het in de bijzondere voorwaarden vastgestelde

bedrag dat bij schatting overeenstemt met de premie die na verlopen termijn betaald zal worden.

Ze wordt berekend op basis van de door de verzekeringnemer tijdens het voorafgaande jaar betaalde bezoldigingen of, als zijn onderneming pas opgericht is, volgens een in gemeenschappelijk overleg gemaakte schatting.

De provisionele premie wordt aangepast telkens als de laatste definitieve premie 20 % hoger of lager ligt dan de laatst gekende provisionele premie.

Artikel 47 :
**Hoe worden de lonen
aangegeven ?**

De verzekeringnemer verbindt er zich toe, binnen de twee maanden volgend op het einde van elke verzekeringsperiode, aan de maatschappij een door hem ondertekende verklaring over te maken met opgave van alle bezoldigingen die gedurende de afgelopen verzekeringsperiode aan de verzekerden werden toegekend.

Bij niet-naleving van de verplichting tot loonaangifte kan, na een aanmanings-termijn automatisch een afrekening van de premie opgemaakt worden. Ze wordt berekend door het verhogen met 50 % van de lonen die gediend hebben

als basis voor de berekening van de vorige premie, of wanneer het om de eerste afrekening gaat, door het verhogen met 50 % van de bij het sluiten van het contract aangegeven lonen.

Die automatische afrekening gebeurt onverminderd het recht van de maatschappij om de aangifte te eisen of de betaling te verkrijgen op basis van de werkelijke lonen om zo de rekening van de verzekeringnemer te regulariseren. Dit doet geen afbreuk aan het recht van de maatschappij om het contract op te zeggen op de wijze bepaald in artikel 43.

Artikel 48 :
**Hoe wordt de premie
betaald ?**

De premie is een haalpremie. Het verzenden aan de verzekeringnemer van het verzoek tot betaling heeft dezelfde waarde als het aan huis of aan zijn maatschappelijke zetel aanbieden van de kwitantie.

De premie moet betaald worden binnen de 30 dagen na de uitnodiging tot betaling.

Hierbij is de geldigheidsdatum ofwel de datum waarop de kwitantie verzonden wordt ofwel de datum waarop één van de financiële rekeningen van de maatschappij gecrediteerd is.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.3. Premiebetaling

**Artikel 49 :
Wat indien de premie
niet betaald wordt ?**

Bij niet-betaling van de premie wordt aan de verzekeringnemer een aangetekende herinneringsbrief gestuurd die geldt als ingebrekestelling.

Indien het gevorderde bedrag niet volledig betaald is binnen de 15 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte ter post van de aangetekende brief, wordt de waarborg na het verstrijken van deze termijn geschorst.

De waarborg wordt opnieuw van kracht daags na ontvangst van de volledige betaling van die premies en van de eventuele intresten.

Indien de maatschappij haar verplichting tot verlenen van dekking geschorst heeft, dan kan zij het contract opzeggen indien zij zich dat recht in de ingebrekestelling heeft voorbehouden. In dat geval wordt de

opzegging van kracht na het verstrijken van een termijn van ten minste 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing.

Heeft de maatschappij zich de mogelijkheid van de overeenkomst op te zeggen niet voorbehouden in de ingebrekestelling, dan kan de opzegging slechts geschieden mits een nieuwe aanmaning wordt gedaan.

De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de maatschappij de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke wordt gesteld overeenkomstig alinea 1. Het recht van de maatschappij is evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.4. Bij schadegeval

Artikel 50 :
**Wat moet er
bij schadegeval
gedaan worden ?**

a. De aangifte

De verzekeringnemer moet de ongevals-aangifte toezenden aan de maatschappij binnen 10 dagen na het ongeval. Een dodelijk ongeval moet binnen 24 uur worden aangegeven.

De maatschappij kan er zich echter niet op beroepen dat de in de eerste alinea gestelde termijn niet in acht werd genomen, indien het schadegeval zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is, werd aangegeven.

Het is niet noodzakelijk lichte ongevallen aan te geven die noch arbeidsongeschiktheid, noch medische tussenkomst met zich brengen.

b. De getuigschriften

Binnen 10 dagen na het begin van de arbeidsongeschiktheid is de verzekerde verplicht een getuigschrift van eerste vaststelling afgeleverd door zijn

behandelende geneesheer, aan de maatschappij op te sturen.

De medische getuigschriften in verband met het ongeval, het verloop van de behandeling, de gezondheidstoestand van de verzekerde na of voor het ongeval of alle andere inlichtingen die door de maatschappij gevraagd worden, dienen haar binnen de 10 dagen bezorgd te worden.

c. De medische verzorging

Bij ongeval moet de verzekerde door een erkend geneesheer worden verzorgd tot alle mogelijkheden tot genezing zijn uitgeput.

De maatschappij staat niet in voor de verergering van de gevolgen van een ongeval indien die verergering te wijten is aan het laattijdig inroepen van geneeskundige hulp of aan de weigering van de verzekerde de voorgeschreven behandeling te volgen.

Artikel 51 :
**Welke zijn de onder-
zoeksmogelijkheden
van de maatschappij ?**

Na aangifte van een schadegeval heeft de maatschappij het recht de afgelegde verklaringen te onderzoeken.

De verzekeringnemer en de verzekerde dienen alle maatregelen te treffen opdat de afgevaardigden van de maatschappij altijd bij hen toegang zouden krijgen en opdat haar geneesheren alle verklaringen zouden kunnen onderzoeken en alle nodig geachte opdrachten zouden kunnen vervullen.

Dat recht kan zelfs na afloop van het contract worden ugeoefend.

De verzekerde moet eveneens aan zijn behandelende artsen toelaten alle informatie waarover ze in verband met zijn gezondheidstoestand of overlijden beschikken, te verstrekken aan de adviserende artsen van de maatschappij.

Artikel 52 :
**Cumulatie
van vergoedingen**

De dagelijkse vergoeding voor tijdelijke ongeschiktheid wordt betaald onverminderd de vergoedingen verschuldigd ingeval van overlijden of blijvende ongeschiktheid.

Behalve bij toepassing van artikel 19 kan eenzelfde ongeval geen aanleiding geven tot cumulatie van de vergoeding verschuldigd in geval van overlijden of blijvende ongeschiktheid, zowel in privé- als in beroepsleven.

3. Administratieve bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

■ 3.4. Bij schadegeval

Artikel 53 :
Wat bij meningsverschillen van medische aard ?

Wanneer er geen akkoord bereikt wordt over de uitvoering van een medische behandeling, de duur en/of de graad van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid, de oorsprong of de graad blijvende invaliditeit of de doodsoorzaak, zullen de partijen zich schikken naar het gelijklopende advies uitgebracht door twee geneesheren, de ene door de verzekerde aangewezen, de andere door de maatschappij.

In geval ze niet tot overeenstemming komen, wijzen ze een derde deskundige aan, wiens oordeel doorslaggevend is. Doen ze dat niet, dan zal de Voorzitter

van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van verzekerde (of bij gebreke aan een woonplaats in België, door de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de plaats waar de maatschappelijke zetel van de verzekerde onderneming gevestigd is) op verzoek van de meest gerede partij, een derde deskundige aanwijzen.

Elke partij draagt de erelonen van haar geneesheer ; deze van de derde deskundige, alsook de kosten voor bijkomende medische onderzoeken, zullen door beide partijen worden betaald, ieder voor de helft.

Artikel 54 :
Klachtafstand

Zelfs wanneer het gaat om een ongeval van het beroepsleven, zullen de vergoedingen en onkosten slechts worden uitbetaald tegen een verklaring van afstand van alle vorderingsrechten en klachten, die door de verzekerde of een rechthebbende op burgerlijk aansprakelijk-

heidsgebied zouden kunnen ingeroepen worden tegen de verzekeringnemer of tegen de natuurlijke of rechtspersonen, aan wie de verzekeringnemer het voordeel van verhaalsafstand zou hebben toegekend.

Artikel 55 :
Welke sancties kan de maatschappij toepassen ?

Indien de verzekeringnemer één van de verplichtingen die hem door de artikels 50 a en b zijn opgelegd, niet nakomt en de maatschappij daardoor nadeel ondervindt, kan zij haar prestaties verminderen tot beloop van het door haar geleden nadeel.

De maatschappij kan haar dekking weigeren indien de verzekeringnemer de in de artikels bedoelde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen.

■ Lexicon

Begunstigde

Degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn.

Beroepsleven

De tijd die besteed wordt aan de activiteiten die de verzekerde uitoefent in dienst van de in de bijzondere voorwaarden aangeduide onderneming, hierin inbegrepen de weg van en naar het werk zoals dit bepaald is in de wet van 10 april 1971 op de arbeidsongevallen.

Consolidatie

Het tijdstip waarop de lichamelijke aantasting medisch gezien definitief wordt.

Daad van terrorisme

Een daad en/of bedreiging, onder andere, van gepleegd geweld, individueel of door een of meerdere groepen van personen handelend in eigen hoofde, voor rekening van of in relatie met een of meerdere organisaties of een of meerdere regeringen, met politieke, godsdienstige, ideologische of ethnische doeleinden - hierin begrepen de intentie om invloed uit te oefenen op een regering en/of angst te zaaien onder de gehele bevolking of een deel ervan.

De maatschappij

AG Insurance nv
ingeschreven in het Rechtspersonenregister onder het nummer 0404.494.849 - gevestigd te B-1000 Brussel, E. Jacquainlaan 53 - onderneming toegelaten onder codenummer 0079

Engelse vrijstelling

De blijvende invaliditeit komt slechts in aanmerking voor vergoeding, indien het vastgestelde percentage groter of gelijk is aan het in de bijzondere voorwaarden vastgestelde percentage. In dat geval wordt deze blijvende invaliditeit integraal ten laste genomen.

Gewapend conflict

Elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar bestrijden, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapend optreden van een Vredesmacht van de Verenigde Naties.

Klaarblijkelijk roekeloze daad

Een vrijwillige daad of nalatigheid, waardoor degene die ze begaan heeft zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.

Luchtvaartongeval

Een ongeval dat plaatsgrijpt vanaf het ogenblik dat de verzekerden plaatsnemen in een luchtvaartuig van eender welk type. Het luchtvaartrisico eindigt wanneer het toestel is stilgezet, met gestopte motoren, nadat het opnieuw contact heeft genomen met zijn normaal element (aarde, water).

■ Lexicon

Natuurrampen

Als natuurrampen worden in dit contract beschouwd : storm en hagel, sneeuw- of ijsdruk, aardbevingen en overstromingen.

Ongeval

Een plotse gebeurtenis die een lichamelijk letsel als gevolg heeft en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken zich buiten het lichaam van het slachtoffer bevindt.

Onlusten

Min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige handelingen die zich voordoen binnen een staat.

Privé-leven

De tijd die buiten het beroepsleven verloopt en aan onbezoldigde activiteiten wordt besteed.

Verzekerde

- Alle door de verzekeringnemer tewerkgestelde personen die behoren tot de in de bijzondere voorwaarden beschreven categorieën of die dezelfde of soortgelijke functies uitoefenen
- De door de verzekeringnemer tewerkgestelde personen die tijdelijk inactief zijn worden ook als verzekerde beschouwd.
- De vrijwilligers in dienst van de verzekeringnemer indien aangeduid in de bijzondere voorwaarden

Verzekeringnemer

De werkgever, de natuurlijke- of rechtspersoon die de verzekering afsluit

Wet

De wettelijke beschikkingen van de Wet van 10 april 1971 betreffende de arbeidsongevallen of de ongevallen overkomen van of naar het werk, zoals deze van kracht zijn op het ogenblik van het ongeval.