

Aanvullende voorwaarden Top-Ongevallen-Pakket 2001

Deze aanvullende voorwaarden zijn van toepassing:
- voor zover hiernaar in het polisblad is verwezen;
- als aanvulling op en met inachtneming van de Algemene voorwaarden.

Wegwijzer

	Zie artikel
Begripsomschrijvingen	1
Verzekeringsgebied	2
Rubriek A en B	3 t/m 8
Rubriek E	9 t/m 10
Rubriek Z/Na-uitkering	11 t/m 15
Opgave verzekerde	16
Begunstiging	17
Vervaltermijn	18
Premievrijstelling	19
Adres	20
Verval van rechten	21
Einde van de verzekering	22
Bijzondere bepalingen	23
Rubriek R	24 t/m 39

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

1.1. Atoomkernreactie:

Iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

1.2. Begunstigde:

Degene(n) aan wie de verschuldigde uitkering moet worden uitbetaald.

1.3. Gebeurtenis:

Elk voorval of een reeks met elkaar samenhangende voorvallen tengevolge waarvan de schade is ontstaan; alle voorvallen van een reeks worden geacht te zijn ontstaan op het tijdstip waarop het eerste voorval is ontstaan.

1.4. Invaliditeit:

Invaliditeit waarbij geen rekening wordt gehouden met enig beroep of arbeidsongeschiktheid.

1.5. Molest:

Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij (de 6 genoemde vormen van molest, alsmede de definities van deze vormen van molest, vormen een onderdeel van de tekst die door het Verbond van Verzekeraars op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage is gedeponereerd).

1.6. Ongeval:

Een onverwacht, onvrijwillig en in één ogenblik van buitenaf inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde.

Met een ongeval wordt gelijkgesteld:

- het van buitenaf ongewild in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoorgangen binnendringen van stoffen of voorwerpen, waardoor in één ogenblik inwendig letsel wordt toegebracht;
- acute vergiftiging door het binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, voor zover niet veroorzaakt door genees- of geneesmiddelen, ziektekiemen of allergenen;
- besmetting door het binnenkrijgen van ziektekiemen tengevolge van een onvrijwillige val in een met deze ziektekiemen besmette vloeistof of vaste stof;
- wondinfectie of bloedvergiftiging als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval;
- verstikking, verdrinking, zonnesteek en bevrozing;
- lichamen letsel, dood of aantasting van de gezondheid opzettelijk door een ander veroorzaakt;
- verhogering, verdorping, uitputting en zonnebrand ontstaan als gevolg van een geïsoleerd raken door een zich plotseling voltrekkend van buiten komend onheil;
- complicaties en kunstfouten die het gevolg zijn van een door een ongeval noodzakelijk geworden eerste hulpverlening en/of medische behandeling.

1.7. Premie:

Het bedrag dat de verzekeringnemer dient te betalen voor het door de maatschappij te lopen risico; hierin zijn opgenomen kosten en eventueel verschuldigde assurantiebelasting.

1.8. Verpleegdag:

Een opname van 24 uur in een ziekenhuis, de dag van opname en ontslag worden samen als één verpleegdag beschouwd.

1.9. Verzekerde:

Degene die als zodanig op het polisblad vermeld staat.

1.10. Ziekenhuis:

- in Nederland een inrichting voor het verplegen, onderzoeken en behandelen van zieken, die als ziekenhuis, revalidatiecentrum of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos;
- in het buitenland een inrichting voor volledige verpleging en volledige specialistische - met name ook operatieve - behandeling van patiënten.

Artikel 2. Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht over de gehele wereld, doch voor Rechtsbijstand (rubriek R) uitsluitend binnen Europa.

RUBRIEK A/B

Artikel 3. Omvang rubriek A (overlijden door een ongeval)

Het ten tijde van het ongeval voor rubriek A verzekerd bedrag indien de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval overlijdt.

Artikel 4. Omvang rubriek B (blijvende invaliditeit door een ongeval)

Het gehele of een deel van het ten tijde van het ongeval voor rubriek B verzekerd bedrag indien de verzekerde door een medisch objectiveerbaar anatomische afwijking rechtstreeks en uitsluitend door een ongeval respectievelijk geheel of gedeeltelijk blijvend invalide wordt.

Artikel 5. Uitsluitingen rubriek A/B

5.1. De maatschappij is niet tot uitkering verplicht terzake van ongevallen

a. waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik door de verzekerde van - of de verslaving van de verzekerde aan - bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;

b. mogelijk geworden door het onder invloed zijn van de verzekerde van alcoholhoudende dranken, tenzij door de verzekerde of de begunstigde wordt aangetoond dat de verzekerde ten tijde van het ongeval minder dan 0,8 ‰ alcohol in het bloed had;

c. mogelijk geworden door ziekte, gebrekkigheid of een andere abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde;

d. de verzekerde overkomen door opzet, voorwaardelijke opzet of met goedvinden van de verzekerde of een begunstigde;

e. tengevolge van vechtpartijen waarbij de verzekerde betrokken is;

f. tengevolge van het door de verzekerde of een begunstigde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe;

g. mogelijk geworden door een waagstuk, waarbij de verzekerde zijn/haar leven of lichaam in gevaar brengt, zonder dat er sprake is van rechtmatige zelfverdediging of pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

h. de verzekerde overkomen terwijl hij/zij deelneemt aan het luchtverkeer als lid van de bemanning van een luchtvaartuig;

i. veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, tenzij voortvloeiende uit een onjuiste medische behandeling met radioactieve straling in verband met een ongeval;

j. veroorzaakt door of ontstaan uit molest. De hiervoor genoemde uitsluitingen zijn niet van kracht indien de verzekerde of de begunstigde aantoont dat het ongeval daarvan geen gevolg is.

5.2. De maatschappij is voorts niet tot uitkering verplicht voor zover de ongevalsgevolgen

a. zich uiten in enigerlei vorm van hernia (ondermeer ingewandsbreuk of hernia in de rug);

b. worden veroorzaakt door het binnenkrijgen van ziektekiemen in een insectenbeet of -steek;

c. zich uiten in storingen van de geestelijke functies zonder anatomisch aantoonbaar hersenletsel.

5.3. Complicaties en kunstfouten bij een medische behandeling, die geen verband houdt met een ongeval, worden niet beschouwd als een ongeval.

Artikel 6. Verplichtingen rubriek A/B

6.1. De verzekerde/begunstigde dient zich te onthouden van elke handeling die het belang van de maatschappij schaadt en is verplicht de maatschappij alle gegevens te verstrekken die zij verlangt en verder volledige medewerking te verlenen. Hieronder wordt onder meer verstaan:

a. het desverlangd aan de maatschappij overleggen van een schriftelijke en ondertekende verklaring omtrent de oorzaak en toedracht van het ongeval;

b. het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts;

c. zich onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden;

d. aan de genezing mee te werken, ondermeer door de voorschriften van de behandelend arts(en) op te volgen.

6.2. Na een ongeval, waaruit recht op een uitkering zou kunnen ontstaan, dient de maatschappij zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 3 maanden, schriftelijk daarvan in kennis gesteld te worden.

6.2.1. Wordt deze aangifte later dan 3 maanden na het ongeval gedaan, dan kan toch recht op uitkering ontstaan, mits door de verzekerde wordt aangetoond dat de maatschappij bij tijdige aanmelding van het ongeval tot uitkering verplicht zou zijn geweest.

6.2.2. Wordt deze aangifte later dan 5 jaar na het ongeval gedaan dan kan geen recht meer op uitkering ontstaan.

6.3. Een ongeval met dodelijke afloop dient tenminste 48 uur vóór de begrafenis of de crematie door de verzekeringnemer of de begunstigde aan de maatschappij te worden gemeld. De begunstigde is verplicht medewerking te verlenen aan alle maatregelen om de doodsoorzaak vast te stellen.

Artikel 7. Schaderegeling rubriek A

7.1. Indien de verzekerde overlijdt vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit aan de ongevalsgevolgen of de hieruit voortvloeiende complicaties en verergeringen, waaronder begrepen luchtweg- of urineweginfecties, dan wordt dit als het overlijden door een ongeval beschouwd.

7.2. Bij overlijden van de verzekerde als gevolg van hetzelfde ongeval, ná de vaststelling van de blijvende invaliditeit, wordt het voor rubriek A verzekerd bedrag uitgekeerd verminderd met de bedragen die terzake van hetzelfde ongeval wegens rubriek B zijn uitgekeerd. Is het reeds voor rubriek B uitgekeerd bedrag groter dan het voor rubriek A verzekerd bedrag, dan wordt het verschil niet teruggevorderd.

Artikel 8. Schaderegeling rubriek B

8.1. Vaststelling Invaliditeit

8.1.1. Vastgesteld wordt de totale invaliditeit, voortvloeiend uit het door het ongeval opgelopen letsel, afhankelijk van het lichaamsdeel of orgaan dat direct door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel/gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

8.1.2. De maatschappij stelt de blijvende invaliditeit vast in Nederland, nadat de toestand van de verzekerde redelijkerwijs niet zal verbeteren, verslechteren of de dood tengevolge zal hebben. De vaststelling geschiedt in ieder geval binnen 2 jaar nadat de maatschappij van het ongeval in kennis is gesteld, tenzij tussen de verzekerde en de maatschappij anders wordt overeengekomen. Bij overlijden van de verzekerde anders dan door het ongeval, vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit, wordt het bedrag uitgekeerd dat de maatschappij naar redelijke verwachtingen wegens blijvende invaliditeit had moeten uitkeren.

8.1.3. Bij de vaststelling van de mate van de invaliditeit wordt gebruik gemaakt van de laatste uitgave van de American Medical Association Guides (AMA Guides).

8.1.4. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen. Indien inwendige kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen minder (functie)verlies wel rekening gehouden.

8.1.5. Voor verschillende letsels ontstaan door een ongeval wordt nimmer meer dan 100% van het voor rubriek B verzekerd bedrag uitgekeerd.

8.2. Vaste percentages

In de navolgende gevallen zal bij geheel verlies of blijvende gehele onbruikbaarheid het daarbij vermelde percentage van het verzekerd bedrag worden uitgekeerd. Bij gedeeltelijk verlies respectievelijk gedeeltelijke onbruikbaarheid worden de vermelde percentages in evenredigheid toegepast.

- arm tot en met het schoudergewricht	75%
- hand tot het polsgewricht	60%
- duim	25%
- wijsvinger	15%
- middelvinger	12%
- ringvinger of pink	5%
- been tot en met het heupgewricht	70%
- voet tot het enkelgewricht	50%
- gezichtsvermogen van beide ogen	100%
- gezichtsvermogen van één oog	30%
- gehoorvermogen van beide oren	60%
- gehoorvermogen van één oor	25%
- reuk en/of smaak	10%
- milt	5%
- een nier	10%

Indien reeds krachtens deze verzekering volledig uitkering is verleend voor

- het gezichtsvermogen van een oog, het andere oog 70%;
- het gehoorvermogen van een oor, het andere oor 35%.

Bij verlies en/of blijvende onbruikbaarheid van meer dan één vinger wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand. Bij meerdere letsels aan een hand inclusief vingers, een arm inclusief hand of een been inclusief voet, zal de vaststelling van de invaliditeit geschieden op basis van het functieverlies van de totale hand respectievelijk arm of het been.

8.3. Whiplash

Bij een cervicaal acceleratietrauma (whiplash), met inbegrip van alle daaruit voortvloeiende of daarmee

samenhangende klachten en verschijnselen, is het uitkeringspercentage gelijk aan de mate van invaliditeit met een maximum van 5%.

8.4. Gebit kinderen

Voor een verzekerde tot de leeftijd van 21 jaar zal bij verlies van tenminste de helft van het zichtbare gedeelte van een blijvend (geen melk) element 1% per element van het voor rubriek B verzekerd bedrag worden uitgekeerd.

8.5. Overige gevallen

In gevallen die niet vallen onder het in artikel 8.2. bepaalde, wordt uitgekeerd het percentage van het verzekerd bedrag dat gelijk is aan de mate van blijvend functieverlies, die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

8.6. Bestaande aandoeningen

8.6.1. Indien de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door lichamelijke/geestelijke afwijkingen van de verzekerde, dan wordt niet meer uitgekeerd dan zou zijn uitgekeerd als de verzekerde geheel gezond en valide zou zijn.

Het vorenstaande is niet van kracht als deze omstandigheden het gevolg zijn van een eerder ongeval, waarvoor reeds krachtens een ongevallenverzekering bij de maatschappij een uitkering is verstrekt of nog verstrekt zal worden; onverminderd het bepaalde in artikel 8.6.2.

8.6.2. Indien door een ongeval blijvende invaliditeit ontstaat aan een lichaamsdeel of -functie, waaraan vóór het ongeval reeds invaliditeit aanwezig was, dan zal een percentage gelden, gelijk aan het verschil tussen de percentages van blijvende invaliditeit na en vóór het ongeval, beide vastgesteld volgens deze voorwaarden.

RUBRIEK E

Artikel 9. Omvang rubriek E (extra uitkering)

Het ten tijde van het ongeval voor rubriek E verzekerd bedrag.

Artikel 10. Schaderegeling rubriek E

Het voor rubriek E verzekerd bedrag wordt uitgekeerd zodra het aannemelijk is dat er recht op uitkering bestaat uit hoofde van rubriek A of B.

RUBRIEK Z en Na-uitkering

Artikel 11. Omvang rubriek Z (opname in een ziekenhuis en bevalling)

11.1. Het ten tijde van de opnamedatum voor rubriek Z verzekerd bedrag voor iedere verpleegdag in een ziekenhuis tot ten hoogste over 120 verpleegdagen in een tijdvak van 365 achtereenvolgende dagen.

11.2. Bij opname in een ziekenhuis wegens bevalling zal vanaf de dag van de bevalling een uitkering worden verleend van minimaal 10 maal het voor rubriek Z verzekerd bedrag. Bij een bevalling buiten het ziekenhuis zal een uitkering worden verleend van 10 maal het voor rubriek Z verzekerd bedrag.

Artikel 12. Omvang rubriek Na-uitkering

Een uitkering gelijk aan de uitkering van rubriek Z.

Artikel 13. Uitsluitingen rubriek Z en Na-uitkering

13.1. De maatschappij is niet tot uitkering verplicht ter zake van opname van de verzekerde:

- a. zonder medische noodzaak;
- b. wegens alcoholisme of verslaving;
- c. in een herstellingsoord, rust- of verpleeghuis of het gedeelte of dependance van een ziekenhuis dat als zodanig is aangemerkt;
- d. in een ziekenzaal van een kazerne of ziekenboeg;
- e. in een psychiatrisch ziekenhuis;
- f. veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties, tenzij voortvloeiende uit een onjuiste medische behandeling met radioactieve straling;
- g. veroorzaakt door of ontstaan uit molest.

De onder b, f en g genoemde uitsluitingen zijn niet van kracht indien de verzekerde bewijst dat de ziekenhuisopname daarvan geen gevolg is.

13.2. Indien een verzekerde korter dan 10 maanden voor rubriek Z verzekerd is, vindt geen uitkering plaats voor zwangerschap en bevalling, tenzij hiervoor opname medisch noodzakelijk is.

13.3. Voor ziekten, gebrekkigheden of afwijkingen, die reeds vóór of bij het ingaan van de verzekering bestonden of klachten veroorzaakten, zal de maatschappij voor een opname aangevangen binnen een periode van 6 maanden na de ingangsdatum van de verzekering geen uitkering verschuldigd zijn.

13.4. Voor ziekten, gebrekkigheden of afwijkingen, die reeds vóór de ingangsdatum van een verhoging van het verzekerd bedrag bestonden of klachten veroorzaakten, zal de maatschappij voor een opname aangevangen binnen een periode van 6 maanden na de ingangsdatum van die verhoging uitkering verlenen op basis van het oorspronkelijk verzekerd bedrag.

Artikel 14. Verplichtingen rubriek Z en Na-uitkering

14.1. De verzekerde dient zich te onthouden van elke handeling die het belang van de maatschappij schaadt en is verplicht de maatschappij alle gegevens te verstrekken die zij verlangt en verder volledige medewerking te verlenen. Hieronder wordt onder meer verstaan

- a. het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts;
- b. aan de genezing mee te werken, onder meer door de voorschriften van de behandelend arts(en) op te volgen.

14.2. Bij een opname van een verzekerde in het ziekenhuis dient de maatschappij zo spoedig mogelijk na de ontslagdatum in kennis te worden gesteld.

14.3. Indien er sprake van een bevalling is dient zo spoedig mogelijk het geboortekaartje of een bewijs waaruit de geboorte blijkt aan de maatschappij te worden ingezonden.

Artikel 15. Schaderegeling rubriek Z en Na-uitkering

De uitkering geschiedt na ontvangst van een bewijsstuk, waaruit het aantal verpleegdagen of de geboorte blijkt. Is het bewijsstuk niet binnen 5 jaar na de datum van ontslag of de bevalling door de maatschappij ontvangen, dan vervalt het recht op uitkering.

Artikel 16. Opgave van de verzekerde/begunstigde

De door de verzekerde/begunstigde verstrekte c.q. te verstrekken opgaven, mondeling dan wel schriftelijk, zullen mede dienen tot vaststelling van het recht op uitkering.

Artikel 17. Begunstiging

17.1. Een uitkering krachtens de rubrieken A, Z en Na-uitkering zal geschieden aan de verzekeringnemer. Bij gebreke hiervan zal de uitkering geschieden aan de eerstvolgende

begunstigde waarbij de navolgende volgorde aangehouden zal worden:

- de echtgeno(o)t(e) van de verzekeringnemer (ten tijde van de gebeurtenis);
- de kinderen van de verzekeringnemer;
- de erfgenamen van de verzekeringnemer.

17.2. Een uitkering krachtens rubriek B zal geschieden aan de verzekerde en bij diens overlijden aan diens erfgenamen.

17.3. Een uitkering krachtens rubriek E zal geschieden aan de begunstigde van rubriek A of B.

17.4. Erfgenamen zijn degenen die krachtens testament of door de wet als erfgenamen zijn aangewezen. De Staat kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 18. Vervaltermijn

Een recht op uitkering krachtens deze verzekering vervalt indien het niet binnen 2 jaar nadat dit recht is vastgesteld is opgeëist.

Artikel 19. Premievrijstelling

Indien de verzekeringnemer is meeverzekerd zal bij diens overlijden door een ongeval of ziekte de op dat moment geldende premie voor de overige verzekerden niet meer verschuldigd zijn. Voor op deze polis meeverzekerde kinderen vervalt de premievrijstelling bij het bereiken van de 21-jarige leeftijd. Geen premievrijstelling vindt plaats indien:

- er sprake is van een ongeval, waarvoor volgens de polisvoorwaarden geen dekking is;
- het verzoek tot premievrijstelling later dan 1 jaar na het overlijden wordt gedaan.

Artikel 20. Adres

De verzekeringnemer is verplicht elke wijziging van zijn/haar adres zo spoedig mogelijk aan de maatschappij mede te delen. Een kennisgeving van de maatschappij die de verzekeringnemer niet of niet tijdig heeft bereikt als gevolg van het feit dat hij/zij heeft nagelaten de maatschappij over een adreswijziging te informeren, zal geacht worden hem/haar bereikt te hebben op de eerstvolgende werkdag na verzending.

Artikel 21. Verval van rechten

Alle vorderingen die een verzekerde/verzekeringnemer geldend wenst te maken, voor wat betreft de rubrieken A, B, E, Z en Na-uitkering, vervallen:

a. zodra de verzekerde/verzekeringnemer enige krachtens deze overeenkomst op hem/haar rustende verplichting niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad;

b. zodra de verzekerde/verzekeringnemer in geval van schade tegen beter weten in een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.

Artikel 22. Einde van de verzekering

22.1. Naast de in de Algemene voorwaarden genoemde redenen eindigt de verzekering indien de verzekeringnemer binnen 7 dagen na ontvangst van de polis, de overeenkomst schriftelijk aan de maatschappij opzegt, waarna de overeenkomst geacht wordt niet tot stand te zijn gekomen (dit geldt uitsluitend bij ingang van de verzekering).

22.2. De verzekering eindigt ten aanzien van een verzekerde direct:

a. op het tijdstip waarop de verzekerde de 70-jarige leeftijd bereikt heeft;

b. zodra de verzekerde ophoudt zijn/haar woonplaats in Nederland te hebben.

22.3. De verzekeringnemer heeft het recht om de verzekering ten aanzien van een verzekerde op een door hem/haar vast te stellen toekomstig tijdstip schriftelijk aan de maatschappij op te zeggen nadat deze verzekerde de 65-jarige leeftijd heeft bereikt, of na ingang van de verzekering krachtens de AAW/WAO geheel arbeidsongeschikt is verklaard.

Artikel 23. Bijzondere bepalingen

Waar in dit artikel gesproken wordt van te verzekeren bedragen, wordt bij het bepalen van die te verzekeren bedragen uitsluitend rekening gehouden met de bedragen waarvoor premie wordt betaald of die zijn vrijgesteld van premiebetaling.

23.1. Pasgeborene

Voor een kind dat binnen 30 dagen na de eerste levensdag wordt verzekerd, mogen - ongeacht de gezondheidstoestand - de verzekerde bedragen ten aanzien van dit kind gesteld worden op die van het jongste kind beneden de 16 jaar of, als zo'n kind niet is verzekerd, op fl 1000,- voor rubriek A en fl 4000,- voor rubriek B en, mits één of meer verzekerden boven de 16 jaar reeds voor rubriek Z zijn verzekerd, fl 2,- per dag voor rubriek Z.

23.2. Gratis verzekerde bedragen tot 16 jaar

De verzekerden tot 16 jaar hebben recht op gratis verzekerde bedragen, die als volgt worden vastgesteld:

- 25% van het voor rubriek A verzekerd bedrag met een minimum van fl 1000,-;

- 25% van het voor rubriek B verzekerd bedrag met een minimum van fl 4000,-.

23.3. Bereiken van de 16-jarige leeftijd

Wordt een verzekerde 16 jaar en is het verzekerd bedrag voor de rubrieken A en B tezamen ten minste fl 20.000,-, dan worden de gratis verzekerde bedragen vastgesteld op 10% van het voor rubriek A verzekerd bedrag en op 10% van het voor rubriek B verzekerd bedrag. Indien bij het bereiken van de 16-jarige leeftijd voor de rubrieken A en B tezamen minder dan fl 20.000,- is verzekerd, dan zal rubriek B worden verhoogd totdat voor de rubrieken A en B tezamen fl 20.000,- is bereikt.

Een verhoging tot tezamen fl 20.000,- geschiedt ongeacht de gezondheidstoestand van de verzekerde. Gaat de verzekeringnemer met deze verhoging niet akkoord of worden de verzekerde bedragen verlaagd tot tezamen minder dan fl 20.000,-, dan vervalt het recht op gratis verzekerde bedragen.

23.4. 16 tot 30 jaar

Indien een persoon in de leeftijd van 16 tot 30 jaar, die geen recht heeft op gratis verzekerde bedragen, zich verzekert voor ten minste fl 50.000,- voor de rubrieken A en B tezamen, ontstaat er recht op gratis verzekerde bedragen, die als volgt worden vastgesteld:

- 5% van het voor rubriek A verzekerd bedrag;

- 5% van het voor rubriek B verzekerd bedrag.

Dit recht blijft van kracht zolang de verzekerde voor ten minste fl 50.000,- voor de rubrieken A en B tezamen verzekerd is.

23.5. Bereiken van de 21-jarige leeftijd

Zodra een meeverzekerd kind de 21-jarige leeftijd heeft bereikt, zal ten aanzien van deze verzekerde de verzekering op een afzonderlijke polis worden voortgezet. Bij het bereiken van de 21-jarige leeftijd heeft de verzekerde het recht de verzekerde bedragen voor de rubrieken A en B, ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand, te verdubbelen tegen het dan geldende tarief.

Voor zover de verzekerde recht had op een percentage voor gratis verzekerde bedragen blijft dit recht op de nieuwe polis gehandhaafd zolang voldaan wordt aan het bij dat percentage behorende minimum verzekerd bedrag.

23.6. Huwelijk

Zodra een meeverzekerd kind in het huwelijk treedt, zal ten aanzien van deze verzekerde de verzekering worden beëindigd vanaf de datum van het huwelijk, doch niet eerder dan vanaf de datum waarop de

maatschappij hiervan schriftelijk in kennis werd gesteld.

Ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand heeft de verzekerde het recht de verzekering op een afzonderlijke polis aansluitend voort te zetten. Het recht op de percentages voor gratis verzekerde bedragen blijft daarbij behouden zolang wordt voldaan aan de bij deze percentages behorende minimum te verzekeren bedragen.

Ongeacht zijn/haar gezondheidstoestand heeft de verzekerde het recht om binnen 3 maanden na de huwelijksdatum de verzekerde bedragen voor de rubrieken A en B te verdubbelen tegen het dan geldende tarief.

Zolang een verzekerde recht heeft op een percentage voor gratis verzekerde bedragen, geldt voor de huwelijkspartner, mits deze binnen 3 maanden na de huwelijksdatum wordt verzekerd voor tenminste fl 20.000,- voor de rubrieken A en B tezamen, hetzelfde percentage voor gratis verzekerde bedragen. Verzekering tot dit bedrag geschiedt ongeacht de gezondheidstoestand. Zodra de verzekerde bedragen voor de rubrieken A en B worden verlaagd tot minder dan fl 20.000,- tezamen vervalt dit recht.

23.7. Bijkomend verzekerd bedrag

Is rubriek R (rechtsbijstand) meeverzekerd, dan geldt voor de eerste op het polisblad genoemde verzekerde een daar genoemd bijkomend verzekerd bedrag voor rubriek B, waarvoor geen premie verschuldigd is.

23.8. Maximum verzekerde bedragen

Na een verhoging van de verzekerde bedragen, al dan niet voortvloeiende uit één der bijzondere bepalingen, kan nimmer meer verzekerd zijn dan de op dat moment door de maatschappij gehanteerde maximum bedragen per rubriek, zoals deze voor iedere verzekerde gelden, zonder rekening te houden met de gratis en bijkomende bedragen.

RUBRIEK R

De maatschappij heeft de uitvoering van deze rubriek overgedragen aan SRK Rechtsbijstand, verder te noemen het SRK (Stichting Schaderegelingskantoor voor Rechtsbijstandverzekering).

bezoekadres: Europaweg 151, Zoetermeer
postadres : Postbus 3020
2700 LA Zoetermeer
telefoon : (079) 344 81 81
telefax : (079) 342 79 90

Artikel 24. Definities

24.1. Expert:

Een erkend deskundige op het gebied van bijvoorbeeld agrarische-, auto, bouw-, medische-,

technische-expertise en andere gebieden, die ter ondersteuning van een zaak een rapport uitbrengt.

24.2. Ongeval:

Hiervoor wordt verwezen naar de begripsomschrijvingen in artikel 1 indien er sprake is van een reeks met elkaar verband houdende voorvallen, is het tijdstip van het ongeval zelf bepalend.

24.3. Rechtens bevoegde deskundige:

Een ter zake kundige, die krachtens toepasselijke regels inzake procesbevoegdheid in de gerechtelijke of administratieve procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mag verlenen.

Artikel 25. Omvang rubriek R (rechtsbijstand)

25.1. Het SRK verleent aan de verzekerde rechtsbijstand en vergoedt de kosten daarvan, zoals omschreven in artikel 28 bij het verhalen van door hem/haar geleden schade tengevolge van een ongeval, waarbij hij/zij zodanig letsel opliep, dat hij/zij zich onder geneeskundige behandeling heeft gesteld, of redelijkerwijs had moeten stellen en waarvoor een derde uitsluitend wettelijk aansprakelijk is. Deze rechtsbijstand geldt tevens voor de nagelaten betrekkingen van de verzekerden, indien en voor zover zij een vordering kunnen instellen tot voorziening in de kosten van levensonderhoud naar aanleiding van een ongeval waarbij de verzekerde is betrokken en waarvoor krachtens deze rubriek aanspraak op rechtsbijstand bestaat.

25.2. Voorwaarde voor de dekking is dat het ongeval plaatsvond binnen de geldigheidsduur van rubriek R.

25.3. Rechtsbijstand wordt uitsluitend verleend voor civiele zaken (het verhalen van door de verzekerde geleden schade) en niet voor strafzaken. Deze laatste zaken vallen niet onder de dekking van rubriek R.

25.4. Rechtsbijstand wordt verleend indien een ongeval een concreet te definiëren juridisch probleem/geschil oplevert.

25.5. Het SRK zal rechtsbijstand (blijven) verlenen voor zover naar de mening van het SRK een redelijke kans bestaat het beoogde resultaat te bereiken. Indien dit resultaat in redelijkheid niet te verwachten is, zal het SRK dit gemotiveerd mededelen aan de verzekerde.

25.6. Het SRK behandelt de aangemelde schade in principe zelf. Te allen tijde zal, voor zover mogelijk, in eerste instantie een regeling in der minne worden nastreefd.

25.7. Indien een procedure in rechte gevoerd moet worden, zal het SRK, voor zover mogelijk, zelf de bijstand verlenen.

Artikel 26. Toetsing

De verzekerde heeft het recht om het door de maatschappij, over de invaliditeitsomvang, ingenomen standpunt krachtens de overige rubrieken van deze verzekering door het SRK te laten toetsen. Op dit recht van toetsing is het bepaalde in artikel 27 (belangenconflict) en artikel 35 (geschillenregeling) niet van toepassing. Voor deze toetsing is niet van belang in welk land het ongeval heeft plaatsgevonden.

Artikel 27. Belangenconflict

Als blijkt dat beide strijdende partijen zich als verzekerde tot het SRK wenden en beiden aanspraak kunnen maken op het verlenen van rechtsbijstand zal het SRK hiervan mededeling doen aan beide verzekerden. In dat geval heeft de verzekerde het recht zijn/haar belangen door een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van vrije keuze, conform artikel 31, te laten behartigen. Deze bepaling is niet van kracht voor toetsing uit hoofde van artikel 26.

Artikel 28. Vergoeding van kosten

28.1. Vergoed worden:

- a.** de honoraria en de verschotten van de conform artikel 31 en 32 ingeschakelde advocaat, procureur, deurwaarder, andere rechtens bevoegde deskundige en/of expert;
- b.** de proces- en gerechtskosten, de kosten van arbitrage of de kosten van bindend advies. Hieronder zijn niet begrepen afkoopsommen, boetes en andere bij wijze van straf opgelegde maatregelen;
- c.** de kosten van getuigen in een gerechtelijke en administratieve procedure;
- d.** de kosten van de tegenpartij, voorzover zij krachtens een rechterlijke uitspraak, arbitraal vonnis of bindend advies ten laste van de verzekerde komen;
- e.** de reis- en verblijfkosten van de verzekerde indien zijn/haar persoonlijk verschijnen door een buitenlandse rechterlijke instantie wordt gelast. Het maximum van de vergoeding is gebaseerd op de reiskosten - eerste klas - per trein of boot, dan wel op de kosten van de vliegreis, voor zover die - inclusief de verblijfkosten - niet hoger zijn dan de kosten van de trein- of bootreis inclusief de verblijfkosten.

Voor verblijfkosten geldt een maximum vergoeding van fl 250,- per dag.

28.2. Het SRK heeft het recht de kosten van rechtsbijstand rechtstreeks aan de belanghebbende te betalen.

28.3. Indien bij een proces, arbitrage of bindend advies de tegenpartij tot vergoeding in de kosten wordt veroordeeld, komt het bedrag van die kosten, voor zover zij voor rekening van het SRK zijn, ten gunste van het SRK.

28.4. Indien de verzekerde de BTW kan verrekenen met de door hem/haar verschuldigde BTW-afrachten, komt die BTW-toeslag niet voor vergoeding in aanmerking.

28.5. Indien de verzekerde op grond van een wettelijke of contractuele bepaling de kosten van rechtsbijstand geheel of gedeeltelijk vergoed kan krijgen, komen die kosten niet voor vergoeding in aanmerking krachtens rubriek R. Het SRK zal de verzekerde, ter compensatie van de door het SRK voorgeschoten kosten, bijstand verlenen bij het terugvragen of verhalen van die kosten.

Artikel 29. Uitsluitingen

Het SRK is niet tot het verlenen van (verdere) rechtsbijstand en het vergoeden van kosten verplicht, indien:

29.1. de verzekerde een voor hem/haar uit deze rubriek voortvloeiende verplichting niet nakomt en daardoor de belangen van het SRK schaadt; daarvan is in ieder geval sprake indien:

- a.** de zaak meer dan 6 maanden na beëindiging van de verzekering wordt aangemeld of dusdanig laat wordt aangemeld dat het SRK
 - onnodige proceskosten en/of andere kosten van rechtsbijstand zou moeten vergoeden
 - niet meer in staat is zelf de rechtsbijstand te verlenen
 - geen regeling meer kan treffen in der minne, of dat alleen met extra kosten kan doen;
- b.** de verzekerde niet alle van belang zijnde informatie aan het SRK (heeft) verstrekt;
- c.** de verzekerde zich niet houdt aan de aanwijzingen van het SRK, de advocaat, de andere rechtens bevoegde deskundige of de expert;
- d.** de verzekerde zonder toestemming van of vooroverleg met het SRK een advocaat, een andere rechtens bevoegde deskundige of een expert inschakelt;

e. de verzekerde de tegenpartij benadert over de zaak zonder het SRK, de ingeschakelde advocaat of de andere rechtens bevoegde deskundige vooraf te raadplegen;

29.2. de verzekerde bij een beroep op rubriek R een onjuiste of onvolledige voorstelling van zaken heeft gegeven, waarvan hij/zij redelijkerwijs had moeten begrijpen dat dit de behandeling van de zaak of de belangen van het SRK zou schaden;

29.3. de verzekerde recht op rechtsbijstand kan ontlenen aan een andere verzekering, al dan niet van oudere datum, die voorziet in het verlenen van rechtsbijstand;

29.4. het een vordering betreft van een verzekerde, anders dan de verzekeringnemer, op een andere verzekerde of op diens aansprakelijkheidsverzekeraar;

29.5. het ongeval op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van de verzekerde van - of de verslaving van de verzekerde aan - bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzingen heeft gehouden;

29.6. het ongeval mogelijk is geworden door het onder invloed zijn van de verzekerde van alcoholhoudende dranken, tenzij door de verzekerde of de begunstigde wordt aangetoond dat de verzekerde ten tijde van het ongeval minder dan 0,8 ‰ alcohol in het bloed had;

29.7. het ongeval de verzekerde is overkomen:

a. door opzet, voorwaardelijke opzet of met goedvinden van de verzekerde of een begunstigde;

b. het beoogde of zekere gevolg is van het handelen of nalaten van de verzekerde, waarvan in ieder geval sprake is bij vechtpartijen of het plegen van of deelnemen aan een misdrijf;

c. tengevolge van een waagstuk, waarbij de verzekerde zijn/haar leven of lichaam in gevaar brengt, zonder dat er sprake is van rechtmatige zelfverdediging of pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;

d. terwijl hij/zij deelneemt aan het luchtverkeer als lid van de bemanning van een luchtvaartuig;

29.8. het ongeval verband houdt met het besturen van een motorrijtuig, terwijl de bestuurder niet bevoegd was het motorrijtuig te besturen, tenzij de

verzekerde niet wist of redelijkerwijs niet kon weten dat de bestuurder onbevoegd was;

29.9. het schade betreft aan een vaartuig met een nieuwwaarde van meer dan fl 200.000,- of een luchtvaartuig;

29.10. het ongeval is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, tenzij voortvloeiende uit een onjuiste medische behandeling met radioactieve straling in verband met een ongeval;

29.11. het ongeval is veroorzaakt door of ontstaan uit molest.

De onder artikel 29.5, 29.6, 29.7, 29.10 en 29.11 omschreven uitsluitingen zijn niet van kracht indien de verzekerde bewijst dat het ongeval daarvan geen gevolg is.

Artikel 30. Aanmelding en verplichtingen rubriek R

30.1. Indien een ongeval plaatsvindt waarvoor een verzekerde rechten aan rubriek R wil ontlenen, is hij/zij verplicht

a. de zaak zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 3 maanden, aan te melden bij de maatschappij of rechtstreeks bij het SRK onder vermelding van alle gegevens, alle feiten en alle omstandigheden die tot het ongeval hebben geleid;

b. alle door het SRK verlangde medewerking te verlenen, ook als het gaat om terugvordering van kosten;

c. het SRK op de hoogte te blijven houden van nieuwe feiten en ontwikkelingen in de zaak en volledige medewerking te (blijven) verlenen bij de uitvoering van deze verzekering;

d. zich te onthouden van alles wat de belangen van het SRK/de maatschappij zou kunnen schaden;

e. zich op verzoek van het SRK bij een strafzaak civiele partij te stellen.

30.2. Door de zaak aan te melden machtigt de verzekerde het SRK, onder uitsluiting van ieder ander, tot het - zowel in als buiten rechte - behartigen van zijn/haar belangen.

Artikel 31. Inschakeling van advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen

31.1. Indien ingevolge de voorwaarden of naar de mening van het SRK een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige ingeschakeld moet

worden, heeft de verzekerde het recht deze naar eigen keuze aan te wijzen. Heeft de verzekerde geen voorkeur, dan geeft het SRK opdracht aan een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige van zijn keuze. Uitsluitend het SRK heeft de bevoegdheid om namens de verzekerde de opdracht aan de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige te verstrekken.

31.2. Indien de Nederlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die in Nederland zijn ingeschreven of rechtens zijn toegelaten en in Nederland kantoor houden. Indien een buitenlandse rechter bevoegd is, komen uitsluitend advocaten en andere rechtens bevoegde deskundigen in aanmerking die bij het desbetreffende buitenlandse gerecht staan ingeschreven of rechtens zijn toegelaten.

31.3. Indien bij een ongeval buiten Nederland rechtsbijstand direct noodzakelijk is, heeft de verzekerde het recht zonder vooroverleg met het SRK een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige in te schakelen die is genoemd in het SRK-Informatieblad "Buitenlandse Juridische Organisatie". De verzekerde zelf mag pas afspraken over het honorarium maken na overleg met het SRK. Bij inschakeling van anderen dan in het SRK-Informatieblad genoemden dient vooroverleg met het SRK plaats te vinden. Deze dekking geldt uitsluitend voor civiele zaken (het verhalen van de door de verzekerde geleden schade) en niet voor strafzaken. Deze laatste zaken vallen niet onder de dekking van rubriek R.

31.4. Indien een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige is ingeschakeld, is de verzekerde verplicht - al dan niet via zijn/haar advocaat of deskundige - het SRK op de hoogte te blijven houden van de voortgang.

31.5. Alvorens tot het aanwenden van rechtsmiddelen over te gaan of werkzaamheden buiten de door het SRK verstrekte opdracht te verrichten dient de advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige toestemming te hebben van het SRK.

31.6. Het SRK zal per aangemelde zaak slechts aan één advocaat of aan één andere rechtens bevoegde deskundige opdracht verstrekken voor het verlenen van rechtsbijstand.

31.7. Het SRK is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor vorderingen die zouden kunnen voortvloeien uit de keuze van een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige of de door deze verrichte diensten.

Artikel 32. Inschakeling van experts

32.1. Indien het SRK meent dat een expertiserapport moet worden uitgebracht, dan zal het SRK voor inschakeling van de expert zorgdragen en deze namens de verzekerde de opdracht verstrekken.

32.2. Indien de verzekerde het niet eens is met het expertiserapport, staat het hem/haar vrij voor eigen rekening een tweede rapport door een andere expert te laten opmaken.

Mocht het SRK het tweede rapport in de zaak betrekken, dan zal het de kosten die aan dat rapport verbonden zijn aan de verzekerde terugbetalen.

32.3. Het SRK is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor vorderingen die zouden kunnen voortvloeien uit de keuze van de expert of de door deze verrichte diensten.

Artikel 33. Afkoop

33.1. Het SRK is gerechtigd in plaats van (verdere) rechtsbijstand te verlenen, de verzekerde een bedrag aan te bieden ter grootte van het financieel belang.

33.2. De rechten die door dit ongeval voor de verzekerde voortvloeien uit rubriek R, komen na de betaling van het bedrag te vervallen.

Artikel 34. Onverschuldigd gemaakte kosten

De verzekerde is verplicht de schade te vergoeden die voor het SRK/de maatschappij ontstaat als hij/zij een verplichting die voortvloeit uit de verzekeringsovereenkomst inzake rubriek R niet nakomt of zijn/haar machtiging tot behandeling van de aangemelde zaak intrekt, onverminderd hetgeen overigens in de voorwaarden is bepaald.

Artikel 35. Geschillenregeling

35.1. Gedragslijn bij verschil van mening tussen het SRK en de verzekerde over de regeling van het geschil waarvoor een beroep op rubriek R is gedaan

De verzekerde kan een beroep doen op de onderstaande geschillenregeling als hij/zij het niet eens is met de mededeling van het SRK, dat conform artikel 25.5. geen redelijke kans aanwezig is het beoogde resultaat te bereiken of als hij/zij het niet eens is met de wijze van juridische aanpak van de zaak. De verzekerde dient in dat geval schriftelijk aan het SRK op basis van voor het SRK bekende feiten en omstandigheden te motiveren waarom hij/zij het niet eens is met het SRK. De geschillenregeling omvat het volgende

a. het SRK verzoekt een in Nederland ingeschreven advocaat juridisch advies uit te brengen over de vraag of een verdere behandeling van de zaak een redelijke kans heeft het beoogde resultaat te bereiken, dan wel of de juridische aanpak van de zaak al dan niet de juiste is. De advocaat betreft hierbij de standpunten van zowel het SRK als de verzekerde;

b. de verzekerde heeft hierbij het recht van vrije advocatenkeuze. Indien de verzekerde geen advocaat van eigen keuze heeft, overlegt het SRK met de verzekerde welke advocaat gevraagd zal worden het juridisch advies uit te brengen;

c. het SRK draagt zorg voor het toezenden van het dossier aan de gekozen advocaat, teneinde deze in staat te stellen het juridisch advies uit te brengen;

d. het SRK betaalt de kosten van dit juridisch advies;

e. deelt de advocaat de mening van de verzekerde, dan kan het SRK de advocaat de opdracht geven de behandeling van de zaak voort te zetten. Het SRK verstrekt de advocaat daartoe schriftelijk goedkeuring;

f. deelt de advocaat de mening van het SRK, dan kan de verzekerde de zaak tot zich trekken en op eigen kosten voortzetten. Indien uit de definitieve uitslag van de zaak - die de verzekerde verplicht is binnen 1 maand nadat de uitspraak is gedaan aan het SRK te zenden - blijkt dat het beoogde resultaat geheel werd bereikt, zal het SRK alsnog de gemaakte kosten, conform artikel 28, vergoeden. Indien het beoogde resultaat slechts gedeeltelijk werd bereikt, zal het SRK deze kosten in verhouding tot het in de procedure behaalde resultaat vergoeden;

g. de verzekerde kan geen beroep doen op de geschillenregeling als na overleg met de verzekerde door het SRK reeds een advocaat of andere rechtens bevoegde deskundige is ingeschakeld voor de behandeling van de zaak; voorts is deze geschillenregeling niet van kracht voor toetsing uit hoofde van artikel 26.

35.2. Gedragslijn bij verschil van mening over het wel of niet verlenen van dekking

a. De verzekeringnemer kan een rechtsovereenkomst tegen de maatschappij instellen, indien het SRK meent dat het ongeval geen aanleiding geeft om rechten aan rubriek R te ontfangen.

b. Indien de rechter de verzekeringnemer in het gelijk stelt, zal het SRK de redelijkerwijs gemaakte kosten, conform artikel 28, vergoeden.

Artikel 36. Verval van rechten

Alle vorderingen, die een verzekerde wegens het niet verlenen van rechtsbijstand tegen het SRK geldend wenst te maken, vervallen na 1 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de verzekerde van de weigering kennis kreeg.

Artikel 37. Adres

Na aanmelding van een zaak bij het SRK dient de verzekerde zorg te dragen dat zijn/haar juiste adres steeds bij het SRK bekend is.

Artikel 38. Klachten

Voor alle klachten over het SRK kunt u schriftelijk terecht bij:

SRK-klachtenbureau
Postbus 3020

2700 LA Zoetermeer

Het SRK-klachtenbureau bestaat uit een aantal klachtfunctionarissen. De klachtfunctionaris heeft tot taak de klacht te onderzoeken en af te laten handelen. Hij probeert zo snel mogelijk met de klager in contact te treden en stuurt binnen één week daarna een schriftelijke bevestiging van wat er is besproken, o.a. wie de klacht verder afhandelt en wanneer klager een inhoudelijke reactie krijgt.

Desgewenst kunt u klachten voorleggen aan de directie van de maatschappij of de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen (zie de bij deze polis behorende Algemene voorwaarden).

Artikel 39. Verwerking persoonsgegevens

Na melding van een zaak bij SRK Rechtsbijstand worden uw gegevens door SRK Rechtsbijstand verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de overeenkomst en/of juridische dienstverlening. Op deze verwerking door SRK Rechtsbijstand is de gedragscode van de brancheorganisatie van toepassing.