

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

PK080-14/1 VRIJWILIGERSVERZEKERING GEMEENTEN - RUBRIEK ONGEVALLEN

Inhoudsopgave	art.
Begripsomschrijvingen	1
Verzekerde	1.1
Begunstigde(n)	1.2
Ongeval	1.3
Uitbreiding begrip ongeval	1.4
Uitkeringen en/of Vergoedingen	2
Uitkering in geval van overlijden (Rubriek A)	2.1
Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit (Rubriek B)	2.2
Kosten van geneeskundige behandeling	2.3
Kosten psychologische bijstand na een ongeval	2.4
Persoonlijke bezittingen	2.5
Acute huishoudelijke hulp	2.6
Rentevergoeding	2.7
Uitsluitingen en beperkingen	3
Verplichtingen na een ongeval	4
Verplichting in geval van overlijden	4.1
Verplichtingen anders dan bij overlijden	4.2
Algemene verplichtingen	4.3
Kosten	4.4
Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen	4.5
Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen	5
Afstand van regresrechten	6
Begunstiging	7
Betaling	8
Einde dekking	9

PK080-14/1 VRIJWILLIGERSVERZEKERING GEMEENTEN - RUBRIEK ONGEVALLEN

Bij deze verzekeringsvoorwaarden behoren de Algemene Voorwaarden PK080-14.

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Verzekerde(n)

Verzekerde(n) is/zijn de vrijwilliger(s) tijdens de daadwerkelijke uitoefening van de functie, alsmede tijdens het rechtstreeks gaan naar en komen van de plaats waar de functie wordt uitgeoefend.

1.2 Begunstigde(n)

1.2.1 Begunstigde(n) is/zijn verzekerde.

1.2.2 In geval van overlijden van verzekerde is/zijn begunstigde(n):

- degene met wie de overledene ten tijde van het ongeval gehuwd was, dan wel indien verzekerde niet gehuwd was;
- degene met wie de overleden verzekerde duurzaam samenwoonde ten tijde van het ongeval, welke duurzaamheid blijkt uit een notarieel samenlevingscontract dan wel uit het feit dat ten minste 1 volledig kallender jaar voorafgaand aan de datum van het ongeval een gemeenschappelijke huishouding werd gevoerd, dan wel indien verzekerde evenmin duurzaam samenwoonde;
- de wettige, gewettigde of geadopteerde kinderen van de overleden verzekerde, waarbij de onderlinge verdeling volgens de wettelijke regels van erfrecht plaatsvindt.

1.3 Ongeval

1.3.1 Onder ongeval wordt verstaan een tijdens de duur van deze verzekering van buiten komende, plotseling en rechtstreeks op de verzekerde inwerkende gewelddadige gebeurtenis waardoor verzekerde medisch vast te stellen letsel aan zijn lichaam en/of geest oploopt of waardoor verzekerde overlijdt.

1.3.2 Ongevallen ten gevolge van ziekte, gebrek of een abnormale lichamelijke of geestelijke gesteldheid zijn inbegrepen, behoudens het bepaalde in art. 3.1.1.

1.3.3 Van geestelijke invaliditeit kan uitsluitend sprake zijn in geval van een aan verzekerde zelf overkomen ongeval mits en voor zover de geestelijke invaliditeit medisch aantoonbaar uitsluitend het gevolg is van dit ongeval zonder invloed van andere oorzaken.

1.4 Uitbreiding begrip ongeval

De volgende gebeurtenissen worden gelijkgesteld met ongeval:

1.4.1 het ongewild in aanraking komen met of in het lichaam van verzekerde geraken van:

1.4.1.1 een vloeibare, vaste, damp- of gasvormige stof en/of een voorwerp, met uitzondering van genees-, slaap-, genot-, verdovende en/of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift;

1.4.1.2 ziektekiemen en/of allergenen zich bevindende in of aan een onder art. 1.4.1.1 bedoelde stof of voorwerp;

1.4.1.3 ziektekiemen en/of allergenen in ten gevolge van een ongeval ontstaan letsel;

1.4.2 complicaties en verergeringen waaronder begrepen wondinfectie en bloedvergiftiging optredende bij of ten gevolge van behandelingen van ongevalsletsel;

1.4.3 opzettelijk aan lichaam en/of geest van verzekerde toegebracht letsel door een ander dan verzekerde niet zijnde een begunstigde;

1.4.4 verstikking, verdrinking, zonnesteek, bevrozing, veretsing, verbranding, warmtestuwing, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontlading;

1.4.5 ontberingen door de verzekerde geleden ten gevolge van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld;

1.4.6 verstuing, verrekking, ontwrichting en/of verscheuring van spier- en/of peesweefsels;

1.4.7 schurft, ziekte van Bang, mond- en klauwzeer, koepokken, trichophytie, miltvuur;

1.4.8 kinderverlamming voor zover overkomen aan een verzekerde jonger dan 18 jaar; ten minste 30 dagen na de totstandkoming van de verzekering ontstaan en voor zover de kinderverlamming leidt tot een blijvende invaliditeit van ten minste 25%;

1.4.9 ongevallen ontstaan tijdens rechtmatige zelfverdediging, alsmede redding of poging daartoe van zichzelf, anderen, dieren of zaken.

2 Uitkeringen en/of Vergoedingen

2.1 Uitkering in geval van overlijden (Rubriek A)

2.1.1 Indien verzekerde is overleden ten gevolge van een ongeval wordt onder deze verzekering de op het tijdstip van het ongeval voor rubriek A verzekerde som uitgekeerd.

2.1.2 Is de verzekerde verdwenen en wordt zijn lichaam niet gevonden binnen 1 jaar na de datum waarop de verdwijning schriftelijk aan de verzekeraars is medegedeeld, dan wordt -mits met een redelijke mate van

zekerheid wordt aangetoond dat verzekerde een ongeval overkwam ten gevolge waarvan hij is overleden -na het verstrijken van dat jaar het onder deze verzekering voor rubriek A verzekerde som uitgekeerd.

Verzekeraars kunnen verlangen dat wordt overlegd:

- een verklaring van (een rechtsvermoeden van) overlijden, als bedoeld in artikel 1:412 e.v. BW en/of;
- een door de begunstigde ondertekende verklaring waarbij deze bevestigt de uit te keren bedragen te restitueren indien verzekerde niet blijkt te zijn overleden.

2.1.3 De onder rubriek A van deze verzekering wegens overlijden uit te keren bedragen worden verminderd met de bedragen die ter zake van hetzelfde ongeval wegens blijvende invaliditeit (rubriek B) onder deze verzekering zijn uitgekeerd, zulks tot ten hoogste het onder rubriek A verzekerde bedrag.

2.2 Uitkeringen in geval van blijvende invaliditeit (Rubriek B)

2.2.1 Gehele blijvende invaliditeit

Indien verzekerde geheel blijvend invalide is geworden ten gevolge van een ongeval wordt de onder deze verzekering op het tijdstip van het ongeval voor rubriek B verzekerde som uitgekeerd. Van gehele blijvende invaliditeit is in ieder geval sprake in de volgende gevallen:

- verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen;
- verlies van de verstandelijke vermogens;
- verlies of onbruikbaarheid van:
 - * beide armen of beide handen;
 - * beide benen of beide voeten;
 - * een arm en een been.

2.2.2 Gedeeltelijke blijvende invaliditeit

2.2.2.1 In de hieronder genoemde gevallen wordt de uitkering vastgesteld op het daarachter vermelde percentage van de onder deze verzekering op het tijdstip van het ongeval voor rubriek B verzekerde som:

geheel verlies van:

- | | |
|------------------------------------|-------|
| - het gezichtsvermogen van één oog | 50% |
| - de onderkaak | 30% |
| - de functie van een nier | 20% |
| - de functie van de milt | 10% |
| - de functie van een long | 35% |
| - gehoorvermogen van beide oren | 75% |
| - gehoorvermogen van één oor | 37,5% |

geheel verlies of onbruikbaarheid van:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|
| - een arm tot in het schoudergewricht | 75% |
| - een arm tot in het ellebooggewricht of tussen elleboog- en schoudergewricht | |
| - een hand tot in het polsgewricht of een arm tussen pols- en ellebooggewricht | 70% |
| - een duim | |
| - iedere andere vinger | 65% |
| - een been tot in het heupgewricht | 25% |
| - een been tot in het kniegewricht of een been tussen knie- en heupgewricht | 15% |
| - een voet tot in het enkelgewricht of een been tussen enkel- en kniegewricht | 75% |
| - een grote teen | |
| - iedere andere teen | 55% |
| - het spraakvermogen | |
| - de reuk | 40% |
| - de smaak | 15% |
| | 7,5% |
| | 100% |
| | 10% |
| | 10% |

met dien verstande dat, wanneer de verzekerde ten gevolge van het verlies van het spraakvermogen en/of de reuk en/of de smaak zijn beroep niet meer kan uitoefenen, het onder art. 2.2.4 bepaalde van toepassing is.

2.2.2.2 Bij gedeeltelijk(e) verlies of onbruikbaarheid van de hierboven genoemde lichaamsdelen/functies wordt een evenredig deel van de genoemde percentages uitgekeerd. Bij verlies of onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand wordt nooit meer uitgekeerd dan bij verlies of onbruikbaarheid van de gehele hand. Komt een lichaamsdeel of orgaan van dezelfde hoedanigheid zowel links als rechts voor dan worden beide tezamen genomen tot geen hoger percentage dan 100%.

- 2.2.3 Whiplash**
 Ten aanzien van het verschijnsel, dat in algemene zin wordt aangeduid als "whiplash" geldt het volgende. In geval van cervicaal (of lumbaal) acceleratie-/ deceleratieletsel van de wervelkolom (post whiplash syndroom) met eventuele neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen, wordt maximaal 5% van het verzekerd bedrag uitgekeerd.
 Aanwijzingen voor afwijkingen welke met hulponderzoek, zoals neuropsychologische testen of vestibulair onderzoek zijn verkregen, geven geen recht op een uitkering boven dit maximum van 5%.
- 2.2.4 Keuzeclausule**
 Voor alle niet in art. 2.2.2 en 2.2.3 genoemde gevallen worden twee percentages vastgesteld:
- 2.2.4.1** één percentage aangevende de mate van blijvende invaliditeit van de verzekerde, zonder dat met zijn beroep (of met zijn normale bezigheden) rekening wordt gehouden en;
- 2.2.4.2** één percentage aangevende de mate van blijvende ongeschiktheid van de verzekerde om zijn beroep (of normale bezigheden) uit te oefenen.
 Op basis van het hoogste van de aldus vastgestelde percentages vindt vervolgens uitkering krachtens rubriek B plaats.
- 2.2.5 Maximum uitkering**
 Onder deze verzekering wordt ter zake van één en hetzelfde ongeval in geval van blijvende invaliditeit in totaal niet meer uitgekeerd dan de voor rubriek B verzekerde som.
- 2.2.6 Bestaande invaliditeit**
 Indien ten gevolge van een ongeval de verzekerde overkomen de reeds aan hetzelfde lichaamsdeel of orgaan bestaande blijvende invaliditeit toeneemt, wordt de uitkering onder deze verzekering gebaseerd op het verschil tussen het percentage blijvende invaliditeit vóór en na het ongeval.
- 2.2.7 Vaststelling van de uitkering**
- 2.2.7.1** Uitkering geschiedt zodra de blijvende invaliditeit van verzekerde definitief kan worden vastgesteld, hetgeen het geval is als redelijkerwijs mag worden aangenomen dat in de invaliditeitstoestand van de verzekerde vrijwel geen verandering meer zal komen. De intentie is om definitieve vaststelling van (het percentage van) de blijvende invaliditeit uiterlijk 2 jaar na aangifte van het ongeval te doen geschieden naar de op dat moment aanwezig geachte blijvende invaliditeit. Indien naar de mening van verzekeraars of verzekerde op dat moment nog onvoldoende zekerheid bestaat omtrent het al dan niet bestaan van een eindtoestand kan definitieve vaststelling worden uitgesteld tot 3 jaar na de datum van ontvangst van aangifte van het ongeval door Aon of verzekeraars.
- 2.2.7.2** De blijvende invaliditeit wordt vastgesteld naar de toestand van het moment waarop de vaststelling geschiedt. Indien verzekerde, voordat de definitieve vaststelling van de blijvende invaliditeit heeft plaatsgevonden, overlijdt, anders dan ten gevolge van een ongeval, zullen de verzekeraars het bedrag uitkeren dat zij - naar redelijkerwijze te voorzien was - hadden moeten uitkeren op de in art. 2.2.7.1 bedoelde datum, indien verzekerde in leven was gebleven. Indien de vastgestelde definitieve uitkering lager is dan het bedrag van de voorschotbetaling zal het meerdere niet worden teruggevorderd of (met latere of andere uitkeringen) verrekend.
- 2.3 Kosten van geneeskundige behandeling**
- 2.3.1** Indien verzekerde als gevolg van een ongeval een geneeskundige behandeling moet ondergaan worden de kosten daarvan tot ten hoogste EUR 1.000,00 vergoed voorzover deze redelijk zijn, daarvan rekeningen worden overgelegd en mits de kosten waarvan vergoeding wordt verlangd, niet krachtens enige wet of overeenkomst door derden moeten worden vergoed.
- 2.3.2** Onder kosten van geneeskundige behandeling worden uitsluitend verstaan:
- honoraria van artsen en tandartsen;
 - de kosten van voorgeschreven of toegediende geneesmiddelen en gebruikte verband- en/of andere middelen; alsmede de kosten van:
 - door een arts voorgeschreven behandeling of onderzoek en het daaruit voortvloeiende gebruik van genees-en/of andere middelen;
 - verpleging en behandeling in een ziekenhuis of andere inrichting en de daarmee gepaard gaande kosten;
 - medisch noodzakelijk geachte particuliere verpleging, anders dan in een ziekenhuis of andere inrichting;
 - vervoer van en/of naar een arts, ziekenhuis of andere inrichting dan wel van en/of naar die personen of instituten waar een door een arts noodzakelijk geachte behandeling of onderzoek dient plaats te vinden;

- aanschaf van de door een arts of tandarts noodzakelijk geachte kunstledematen, prothesen en andere kunst- of hulpmiddelen;
 - het éénmalig aanschaffen van een blindengeleidehond, een invalidenwagen of een rolstoel.
- 2.3.3** Als kosten van geneeskundige behandeling worden niet beschouwd de kosten van versterkende middelen, voedings- en genotmiddelen en van reizen naar en verblijf in badplaatsen, rust- en herstellingsoorden.
- 2.4** **Kosten psychologische bijstand na een ongeval**
- 2.4.1** Indien verzekerde en/of nabestaande in de eerste graad als gevolg van een ongeval resulterend in het overlijden van verzekerde dan wel in een te verwachten blijvende invaliditeit van meer dan 50% psychologische bijstand behoeft/behoeven, vergoeden verzekeraars deze kosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.4.2** Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.4.1 vermelde kosten met een maximum van EUR 5.000,-.
- 2.4.3** De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering
- 2.5** **Persoonlijke bezittingen**
- 2.5.1** Indien als gevolg van een ongeval schade ontstaat aan persoonlijke bezittingen, dan wel persoonlijke bezittingen verloren gaan of worden gestolen, vergoeden verzekeraars de kosten, zij het met de volgende beperkingen.
Onder persoonlijke bezittingen worden verstaan de door de verzekerde voor eigen gebruik meegenomen voorwerpen en documenten.
- 2.5.2** Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.5.1 vermelde kosten tot maximaal de op het polisblad vermelde verzekerde bedragen.
- 2.5.3** De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering
- 2.6** **Acute huishoudelijke hulp**
- 2.6.1** Indien verzekerde als gevolg van een ongeval acute huishoudelijke hulp nodig heeft vergoeden verzekeraars de kosten, zij het met de volgende beperkingen.
- 2.6.2** Vergoeding krachtens deze verzekering strekt zich uit tot de in art. 2.6.1 vermelde kosten tot maximaal 30 uur met een maximum van EUR 750,00.
- 2.6.3** De kosten worden vergoed na ontvangst van de desbetreffende (kopie-) rekening(en), het bewijs van betaling daarvan. Een vergoeding krachtens dit artikel wordt niet in mindering gebracht op een andere uitkering uit hoofde van deze verzekering.
- 2.7** **Rentevergoeding**
- Indien binnen een periode van 730 dagen na het ongeval de graad van blijvende invaliditeit om medische redenen niet kan worden vastgesteld, zal door verzekeraars aan verzekerde een rente van 6% per jaar worden verleend over de alsnog te betalen uitkering, te rekenen vanaf de 731ste dag.
- 3** **Uitsluitingen en beperkingen**
- 3.1** Geen recht op enige uitkering en/of vergoeding krachtens deze verzekering bestaat indien en voor zover het ongeval:
- 3.1.1** is veroorzaakt door opzet (waaronder zelfmoord of zelfverminking) van verzekerde of door opzet van (een) begunstigde(n). Deze uitsluiting geldt alleen ten aanzien van degene(n) die het ongeval opzettelijk heeft/hebben veroorzaakt, waarbij zijn/hun aandeel niet aan een eventuele andere begunstigde zal worden uitgekeerd. Het verrichten van werkzaamheden, alsmede de onder art. 1.4.9 genoemde gebeurtenissen vallen buiten het begrip opzet.
- 3.1.2** is veroorzaakt door oorlog of burgeroorlog;
Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:
- **Oorlog:** elk geval waarin staten elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden;
 - **Burgeroorlog:** een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij het merendeel van de inwoners van die staat betrokken is.
- 3.1.2.1** De in art. 3.1.2 genoemde uitsluiting geldt niet:
- 3.1.2.1.1** indien aannemelijk wordt gemaakt dat het ongeval hierdoor niet is veroorzaakt;
- 3.1.2.1.2** voor ongevallen door het in aanraking komen met c.q. het tot ontploffing komen van achtergebleven oorlogstuig;

- 3.1.2.1.3** voor ongevallen verzekerde overkomen in het buitenland binnen 14 dagen sinds het eerste plaatsvinden van enige vorm van oorlog of burgeroorlog. Verzekerde of, in geval van overlijden van verzekerde, de begunstigde(n), dient/dienen dan te kunnen aantonen dat verzekerde door oorlog of burgeroorlog werd verrast.
- 3.1.2.2** indien verzekerde gedurende de periode van 14 dagen, zoals vermeld in art. 3.1.2.1.3, onvrijwillig van zijn vrijheid wordt beroofd, zal de dekking onder deze verzekering gedurende maximaal 365 dagen onverminderd van kracht blijven;
Onder vrijheidsberoving wordt in dit verband mede verstaan grenssluiting.
- 3.1.3** het gevolg is van kunstmatig opgewekte atoomkernreacties en/of van splijtbare materialen, tenzij:
- toegepast ter medische behandeling van de verzekerde of van één of meer personen, die zich met hem in hetzelfde gebouw bevinden dan wel;
 - toegepast bij en in verband met het door verzekerde verrichten van werkzaamheden in bedrijfs- of beroepsverband;
- 3.1.4** plaatsvindt bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 3.1.5** plaatsvindt bij het door verzekerde als (semi-) professional deelnemen aan snelheidswedstrijden met motorrijtuigen of -vaartuigen;
- 3.1.6** verband houdt met het door verzekerde, in de hoedanigheid van piloot, vliegen van een luchtvaartuig.
- 3.1.7** verband houdt met het gebruik door verzekerde van niet door een arts voorgeschreven verdovende middelen.
- 3.2** Indien na het ongeval een ziekte, anders dan een ziekte voortvloeiende door het ongeval, nadelig van invloed is op de gezondheidstoestand van verzekerde wordt niet meer uitgekeerd dan wanneer de verzekerde niet aan die ziekte, zou hebben geleden. Een verandering in de gezondheidstoestand door ziekte ontstaan ná en onafhankelijk van het ongeval, is derhalve uitgesloten van dekking.
- 4** **Verplichtingen na een ongeval**
Indien de verzekerde een ongeval is overkomen ten gevolge waarvan aanspraak op een uitkering en/of vergoeding kan ontstaan, gelden de volgende verplichtingen.
- 4.1** **Verplichting in geval van overlijden**
- 4.1.1** In geval van overlijden van de verzekerde dient hiervan door of namens de verzekeringnemer of begunstigde(n) zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is te worden kennisgegeven aan verzekeraars.
- 4.1.2** In de gevallen waarin verzekeringnemer of begunstigde redelijkerwijs van verzekeraars mag verwachten dat zij nader onderzoek willen doen naar de oorzaak en omstandigheden van overlijden, moet de melding uiterlijk 24 uur voor de begrafenis of crematie plaatsvinden.
- 4.2** **Verplichtingen anders dan bij overlijden**
- 4.2.1** In geval van andere ongevalsgevolgen dan overlijden stelt de verzekerde zich direct onder behandeling van een arts en volgt de door deze gegeven voorschriften op.
- 4.2.2** Zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is zal door of namens de verzekeringnemer, de verzekerde en/of begunstigde(n) aangifte van het ongeval worden gedaan door middel van het door verzekeraars verlangde formulier en onder bijvoeging van verlangde stukken.
- 4.2.3** Telkens indien verzekeraars dat vragen laat de verzekerde zich door één of meer geneeskundige(n) onderzoeken. Verzekeraars kunnen die geneeskundige(n) aanwijzen. Door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde, zullen aan bedoelde geneeskundige(n) alle door deze(n) gewenste gegevens betrekking hebbend op het ongeval, de invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, werkzaamheden en het beroep van de verzekerde worden verstrekt. De door deze geneeskundige(n), na overleg met de onder art. 4.2.1 genoemde arts gegeven voorschriften, dienen door de verzekerde te worden opgevolgd. De kosten van het/de geneeskundige onderzoek(en), de daarvoor noodzakelijke normale reis- en verblijfkosten van de verzekerde en één hem - gezien de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de verzekerde - noodzakelijkerwijs begeleidend persoon, alsook de door derden in rekening gebrachte kosten voor het verkrijgen van de in dit artikel bedoelde gegevens, zijn voor rekening van verzekeraars.
- 4.3** **Algemene verplichtingen**
- 4.3.1** Door of namens de verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) zullen aan de verzekeraar binnen redelijke termijn alle door hem verlangde gegevens en/of stukken worden verstrekt. Hiertoe kunnen onder andere behoren, geboortebewijs, bewijs van overlijden, akte van erfrecht, schriftelijke toestemming tot sectie, gespecificeerde verklaring van een registeraccountant betreffende het inkomen uit arbeid van verzekerde.
- 4.3.2** De verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) doen voorts schriftelijk opgave aan verzekeraars van het juiste adres betreffende de woon- en/of verblijfplaats van de begunstigde(n) en/of van de verzekerde. Adreswijziging brengen zij binnen redelijke termijn schriftelijk ter kennis van verzekeraars.

- 4.4 Kosten**
De voor verzekeringnemer, verzekerde en/of begunstigde(n) aan het doen van aangifte, het inwinnen of verstrekken van gegevens en/of stukken verbonden kosten zijn niet voor rekening van verzekeraars, behoudens het in art. 4.2.3 bepaalde.
- 4.5 Gevolgen van het niet voldoen aan de verplichtingen**
- 4.5.1** Indien niet wordt voldaan aan de onder art. 4.1 en 4.2.2. bedoelde verplichting tot aangifte kunnen verzekeraars de uitkering en/of vergoeding verminderen met de schade die zij daardoor lijden.
- 4.5.2** Weigering tot medewerking, dan wel het in gebreke blijven bij het verstrekken van de benodigde stukken door verzekerde of de belanghebbenden kan verlies van rechten ten gevolge hebben, indien verzekeraars hierdoor niet in staat zijn de rechtmatigheid of opeisbaarheid van de uitkering vast te stellen, indien en voor zover verzekeraars hierdoor in hun redelijke belangen zijn geschaad.
- 4.5.3** Weigering om sectie toe te staan, kan verlies van rechten op de voor overlijden onder rubriek A verzekerde uitkering tot gevolg hebben, tenzij wordt aangetoond dat de belangen van verzekeraars hierdoor niet zijn geschaad.
- 4.5.4** Het in art. 4.3.1 en art. 4.5.3 met betrekking tot sectie bepaalde is niet van toepassing indien de verzekerde bij wilsbeschikking, waaronder mede worden begrepen een zgn. donor-codicil, transplantatieverklaring e.d., heeft verklaard dat zijn stoffelijk overschot bestemd is voor ontleding en/of orgaan- en/of weefseltransplantatie door een ter zake bevoegd medisch instituut in Nederland en - zo dit door dat instituut wordt gewenst - de door het instituut aangewezen persoon of personen een schriftelijke machtiging afgeven voor de door het medisch instituut aan verzekeraars te verstrekken gegevens omtrent de doodsoorzaak.
- 5 Indiening van bezwaren en beslechting van geschillen**
- 5.1** Indien door of namens verzekeraars een uitkering en/of vergoeding (of een deel daarvan) wordt afgewezen en verzekerden en/of begunstigden hiertegen bezwaar hebben gemaakt, zal zolang na indiening van dat bezwaar de onjuistheid van de beslissing van verzekeraars niet vaststaat, ten aanzien van het recht op uitkering hun beslissing gelden. Na gegrondbevinding van de tegen de beslissing van verzekeraars ingediende bezwaren wordt het eventueel (meerdere) verschuldigde alsnog binnen 1 maand uitbetaald.
- 5.2** Kunnen verzekeraars en degene(n) die het bezwaar heeft (hebben) ingediend, het binnen 6 maanden na de verzending van de afwijzing van verzekeraars niet met elkaar eens worden, waaronder begrepen de wijze waarop het geschil tussen hen moet worden beslecht, dan zal dit worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter, behoudens hogere voorziening.
- 5.3** Betreft het geschil een medische aangelegenheid, dan heeft (hebben) verzekerde of de begunstigde(n) het recht - voor eigen rekening - een geneeskundige aan te stellen. De aldus door verzekerde en verzekeraars benoemde geneeskundigen benoemen bij verschil van mening in gezamenlijk overleg een derde geneeskundige. Deze derde geneeskundige zal - na inzicht te hebben verkregen in de benodigde stukken - een uitspraak doen, welke voor alle partijen als bindend zal worden beschouwd.
De kosten van deze derde geneeskundige worden gezamenlijk door beide partijen gedragen, tenzij door de derde geneeskundige het standpunt van de door verzekeraars ingeschakelde arts als onjuist wordt beoordeeld, in welk geval de kosten van de derde arts, alsmede die van de door verzekerde ingeschakelde arts volledig voor rekening van verzekeraars komen, tezamen tot maximaal tweemaal de kosten van de door verzekeraars ingeschakelde arts.
- 6 Afstand van regresrechten**
Voor zover verzekeraars krachtens deze verzekering betaalde bedragen zouden kunnen verhalen op de verzekeringnemer en/of de werkgever en/of de echtgeno(o)t(e) van de verzekerde en/of diens familieleden in de rechte lijn, doen zij hierbij afstand van dat verhaalsrecht.
- 7 Begunstiging**
Door de verzekeringnemer is (zijn) de in het polisblad genoemde begunstigde(n) aangewezen als degene(n), aan wie de krachtens deze verzekering verschuldigde uitkering en/of vergoeding moet worden gedaan. Van begunstiging zijn uitgesloten de Staat der Nederlanden of enige andere overheid. Tenzij anders overeengekomen wordt een wijziging van de begunstiging eerst van kracht op de dag, te rekenen van des morgens te 00:00 uur, van ontvangst door verzekeraars van de desbetreffende schriftelijke kennisgeving van de verzekeringnemer.
- 8 Betaling**
Verzekeraars verrichten een door hen verschuldigde uitkering en/of vergoeding binnen 1 maand nadat deze is/zijn vastgesteld aan de begunstigde(n).

9

Einde van de dekking

9.1

Beëindiging van de verzekering in het geheel of de dekking van de onderhavige rubriek in het bijzonder heeft tot gevolg dat per het einde van het verzekeringstijdvak alle rechten en verplichtingen van partijen vervallen, behoudens die met betrekking tot een de verzekerde tijdens de duur van de verzekering overkomen ongeval, tot het moment dat ook deze aanspraak op uitkering en/of vergoeding is erkend en door verzekeraars is betaald, dan wel is vervallen.

9.2

Onder overeenkomstige toepassing van het onder art. 9.1 bepaalde eindigt de dekking van de onderhavige rubriek met verval van de rechten en verplichtingen van partijen ten aanzien van de betrokken verzekerde(n) met zijn overlijden.