



VERZEKERING ONGEVAL PRIVÉLEVEN

INHOUD

WIE IS WIE?	3	ARTIKEL 13 -HOE WORDT DIT CONTRACT GEÏNDEXEERD?	8
Hoofdstuk 1: Algemene bepalingen	3	ARTIKEL 14 -WAT MOET DE VERZEKERDE DOEN BIJ EEN SCHADEGEVAL?	8
ARTIKEL 1 - WIE IS VERZEKERD?	3	ARTIKEL 15 -HOE GEBEURT DE REGELING VAN EEN SCHADEGEVAL?	9
ARTIKEL 2 - WAT WAARBORGEN WIJ?	3	ARTIKEL 16 -TOEPASSELIJK RECHT EN RECHTSMACHT	9
ARTIKEL 3 - WAAR IS DEZE VERZEKERING GELDIG?	3	ARTIKEL 17 -BRIEFWISSELING	10
Hoofdstuk 2: Waarborgen	3	ARTIKEL 18 -RANGORDE VAN DE VOORWAARDEN	10
ARTIKEL 4 - OVERLIJDEN	3	ARTIKEL 19 -VERJARINGSTERMIJN	10
ARTIKEL 5 - BLIJVENDE INVALIDITEIT	3	ARTIKEL 20 -KLACHTEN	10
ARTIKEL 6 - BEHANDELINGSKOSTEN	4	LEXICON	11
ARTIKEL 7 - BIJKOMENDE KOSTEN WEGENS ONGESCHIKTHEID	4		
ARTIKEL 8 - BIJSTAND ONGEVAL PRIVÉLEVEN	4		
ARTIKEL 9 - UITSLUITINGEN	5		
Hoofdstuk 3: Administratieve bepalingen	6		
ARTIKEL 10 -HOE VERLOOPT DIT CONTRACT?	6		
ARTIKEL 11 -WAT MET DE PREMIE- BETALING?	7		
ARTIKEL 12 -WAT IN GEVAL VAN WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN EN/OF VAN HET TARIEF?	8		

WIE IS WIE?

- **U:** de verzekeringnemer, d.w.z. de natuurlijke persoon die dit contract sluit.
- **WIJ:** Belfius Insurance NV, Karel Rogierplein 11 te 1210 Brussel, toegelaten onder code 0037, RPR Brussel BTW BE 0405.764.064, IBAN BE72 0910 1224 0116, BIC GKCCBEBB, de verzekeringsmaatschappij waarmee u dit contract sluit.
- **HULPVERLENER:** de dienstverlener gekozen door Belfius Insurance NV om de prestaties uit te voeren met betrekking tot de waarborg Bijstand Ongeval Privéleven.
- **VERZEKERDE(N):** de personen die genieten van de verzekeringen voorzien in dit contract.
Deze personen verschillen naargelang de titel in dit contract.
- **DERDEN:** elke andere persoon dan de verzekerde(n), tenzij andersluidende vermelding in dit contract.

Hoofdstuk 1: Algemene bepalingen

ARTIKEL 1 WIE IS VERZEKERD?

Wij beschouwen als verzekerden, dit wil zeggen als personen op wie het ongevalrisico rust, de verzekeringnemer en de bij hem inwonende personen, ook al verblijven ze tijdelijk elders om studie-, ontspannings-, gezondheids- of beroepsredenen.

Personen die een zelfstandige activiteit uitoefenen in hoofdberoep hebben niet de hoedanigheid van verzekerde.

Volgens de keuze die in de bijzondere voorwaarden wordt vermeld, heeft de verzekering ofwel exclusief betrekking op de kinderen van de verzekeringnemer of van zijn echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner (optie 'Kinderen'), of op alle voornoemde personen (andere opties).

Indien de gekozen verzekerde personen vermeld in de bijzondere voorwaarden ook kinderen omvatten, dan is ieder kind van de verzekeringnemer of van zijn samenwonende echtgeno(o)t(e) of partner, die niet bij de verzekeringnemer inwoont, verzekerd ter aanvullende titel tot hij meerderjarig is, of zo lang hij recht heeft op kinderbijslag door les te volgen in een onderwijs- of universitaire instelling.

Worden ook als verzekerden beschouwd: de minderjarige kleinkinderen van de verzekeringnemer of van zijn samenwonende echtgeno(o)t(e) of partner, maar alleen wanneer deze kinderen onder het toezicht staan van de verzekeringnemer of van zijn samenwonende echtgeno(o)t(e) of partner.

ARTIKEL 2 WAT WAARBORGEN WIJ?

Wij waarborgen de betaling van de overeengekomen vergoeding bij een lichamelijk *ongeval* overkomen aan de verzekerde in zijn privéleven, d.w.z. buiten iedere bezoldigde activiteit.

Onder lichamelijk *ongeval* moet worden begrepen een plotse

gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken vreemd is aan het organisme van de verzekerde en die een lichamelijk letsel of de dood tot gevolg heeft.

ARTIKEL 3 WAAR IS DEZE VERZEKERING GELDIG?

Deze verzekering geldt wereldwijd.

Hoofdstuk 2: Waarborgen

ARTIKEL 4 OVERLIJDEN

Indien de verzekerde uiterlijk na drie jaar overlijdt ten gevolge van een lichamelijk *ongeval*, keren wij de overeengekomen vergoeding uit aan de niet uit de echt of van tafel en bed of feitelijk gescheiden echtgeno(o)t(e) of bij ontstentenis, aan de wettige erfgenamen tot en met de vierde graad, tenzij een andere begunstigde werd aangeduid.

Indien de verzekerde geen begunstigde nalaat of indien hij jonger is dan 5 jaar of ouder dan 75 jaar, wordt de vergoeding bij overlijden vervangen door een tegemoetkoming in de begrafenis kosten met een maximum van 2.500 EUR of 10% van het overlijdenskapitaal indien dit bedrag hoger is.

De bij overlijden en blijvende invaliditeit toegekende vergoedingen zijn niet cumuleerbaar. Dit betekent dat eventueel betaalde vergoedingen voor blijvende invaliditeit altijd worden afgetrokken van de vergoeding die verschuldigd is bij overlijden ten gevolge van hetzelfde *ongeval*. De wegens blijvende invaliditeit betaalde vergoeding komt definitief toe aan de verzekerde, zelfs indien ze het bedrag van de vergoeding bij overlijden overschrijdt.

ARTIKEL 5 BLIJVENDE INVALIDITEIT

Bij blijvende invaliditeit als gevolg van een lichamelijk *ongeval*, keren wij aan de verzekerde een vergoeding uit, vastgesteld door onze adviserend geneesheer op basis van de graad van invaliditeit volgens de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten (OBSI) van kracht op het ogenblik van de consolidatie, zonder rekening te houden met het door de verzekerde uitgeoefende beroep.

De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld op basis van de globale invaliditeit, verminderd met de vooraf bestaande graad van invaliditeit. Hij kan nooit hoger zijn dan 100%.

Bij een invaliditeitsgraad kleiner dan 5% is geen enkele vergoeding verschuldigd. Boven die drempel wordt de vergoeding vanaf het eerste % berekend als volgt:

- voor het gedeelte tot en met 25%: op basis van het verzekerde bedrag;
- voor het gedeelte boven 25% tot en met 50%: op basis van driemaal het verzekerde bedrag;
- voor het gedeelte boven 50%: op basis van vijfmaal het verzekerde bedrag.

Bv. de vergoeding gelijk is aan 20% van het verzekerde bedrag voor een invaliditeitsgraad van 20%

100% van het verzekerde bedrag bij een invaliditeitsgraad van 50%

250% van het verzekerde bedrag bij een invaliditeitsgraad van 80%

350% van het verzekerde bedrag bij een invaliditeitsgraad van 100%

Wanneer de verzekerde de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt, is deze cumulatieve regel niet meer van toepassing en wordt de vergoeding, vanaf de drempel, altijd berekend op basis van het verzekerde bedrag.

De invaliditeit wordt vastgesteld op het ogenblik van de consolidatie van de letsels maar ten laatste drie jaar na de dag van het *ongeval*.

Indien de toestand van de verzekerde uiterlijk een jaar na de dag van het *ongeval* nog geen consolidatie toelaat, keren wij op aanvraag een voorschot uit gelijk aan de helft van het bedrag dat overeenstemt met de verwachte blijvende invaliditeit, zonder dat dit de overeengekomen overlijdensvergoeding kan overschrijden. Dit voorschot komt definitief toe aan de verzekerde, ongeacht de definitieve invaliditeitsgraad die later wordt vastgesteld.

ARTIKEL 6 BEHANDELINGSKOSTEN

Wanneer de verzekerde, ten gevolge van een lichamelijk *ongeval*, letsels oploopt die een medische of paramedische behandeling vereisen, vergoeden wij hem tot maximum het in de bijzondere voorwaarden bepaalde bedrag, alle kosten van de door een geneesheer verstrekte of voorgeschreven behandelingen die noodzakelijk zijn voor zijn genezing, ongeacht of het *ongeval* een tijdelijke arbeidsongeschiktheid meebrengt of niet, met of zonder hospitalisatie.

Heeft de verzekerde de leeftijd van 75 jaar bereikt, dan wordt het in de bijzondere voorwaarden bepaalde plafond verdubbeld.

Zijn eveneens inbegrepen in het verzekerde bedrag voor deze waarborg:

- de kosten van plastische chirurgie naar aanleiding van een gedekt *ongeval*
- de kosten van een eerste prothese en orthopedie, alsook de kosten van een voorlopige prothese en orthopedie
- de kosten voor het medisch vereiste vervoer voor opname, overplaatsing of vertrek uit een ziekenhuis
- de vervoer- en repatriëringskosten van het stoffelijk overschot in België
- de opsporings- en reddingskosten van de verzekerde
- de schade aan de kleding die de verzekerde droeg op het ogenblik van het *ongeval*

Deze vergoeding gebeurt tot de consolidatie van de lichamelijke letsels, gedurende maximum drie jaar na de dag van het *ongeval*, met aftrek van de vergoedingen waarop de verzekerde recht heeft bij sociale zekerheidsinstellingen of krachtens enige andere verzekering van dezelfde aard.

Indien de verzekerde niet in orde is met de sociale zekerheid, beperken wij onze tussenkomst door van het totaal van de gemaakte kosten, het gedeelte af te trekken dat door de sociale zekerheid ten laste zou zijn genomen, was de verzekerde in orde geweest.

ARTIKEL 7 BIJKOMENDE KOSTEN WEGENS ONGESCHIKTHEID

Wanneer de verzekerde als gevolg van het lichamelijk *ongeval* niet meer in staat is taken te verrichten die hij gewoonlijk vervulde vóór het ongeval en er binnen het gezin van de verzekerde geen enkel alternatief bestaat, dekken wij de bijkomende kosten opgelopen voor:

- huishoudelijk taken
- schoolinhaalcurssussen
- diverse verplaatsingen
- oppas van kinderen of dieren die deel uitmaken van het gezin van de verzekerde
- begeleiding van afhankelijke personen die deel uitmaken van het gezin

tot maximum het in de bijzondere voorwaarden bepaalde bedrag.

ARTIKEL 8 BIJSTAND ONGEVAL PRIVÉLEVEN

1. WELKE DIENSTEN BIJSTANDT DE HULPVERLENER DE VERZEKERDE AAN, ONAFHANKELIJK VAN IEDER SCHADEGEVAL?

1. De verzekerde kan 7/7, tussen 7 en 20 uur, terecht op het nummer +32 (0)2 286 70 00 om allerlei informatie te vragen over hulp- en zorgverlening aan huis, telebewaking, huur van medische apparatuur, herstellings- en revalidatiecentra, rusthuizen, dienstdoende apothekers en artsen, verhuizing, enz.
2. Bij belangrijke wijzigingen in de gezinstoestand (geboorte van een meerling, hospitalisatie van bejaarden gedurende meer dan 30 dagen of overlijden van de partner) en om huishoudelijke ongevallen te voorkomen, organiseert onze hulpverlener:
 - het bezoek aan huis om de potentiële ongevallenrisico's vast te stellen
 - de opstelling van een verslag met de aanbevolen inrichtingenDeze tussenkomst is gewaarborgd tot een bedrag van 1.000 EUR.

2. WAT MOET DE VERZEKERDE DOEN BIJ EEN SCHADEGEVAL?

1. De verzekerde moet zo snel mogelijk contact opnemen met de hulpverlener op het telefoonnummer +32 (0)2 286 70 00, steeds bereikbaar 24/7, voor onmiddellijke bijstand.
2. De verzekerde geeft zijn naam, voornaam, adres, polisnummer en telefoonnummer waar we hem kunnen bereiken op, alsook een nauwkeurige beschrijving van de oorzaak, omstandigheden en gevolgen van het schadegeval.

3. WELKE BIJSTANDSDIENSTEN WORDEN ER NA EEN SCHADEGEVAL PRECIES VERLEEND?

1. De hulpverlener organiseert ten onze laste:
 - het vervoer of de repatriëring van de verzekerde van de plaats waar hij geïmmobiliseerd of gehospitaliseerd

is naar zijn woonplaats, het dichtstbijzijnde ziekenhuis of het ziekenhuis dat het best is uitgerust om hem te verzorgen

- wanneer het *ongeval* zich voordoet tijdens een reis in het buitenland, het telefonisch contact met onze geneesheer in België, in de taal van dit contract, om zijn gezondheidstoestand en eventueel te treffen maatregelen te bespreken

2. Ter aanvulling van onze financiële vergoedingen in geval van ongeschiktheid zoals vermeld in artikel 7, kan u, binnen de 12 maanden volgend op de datum van het *ongeval*, een beroep doen op het hulpverleningscentrum voor de organisatie van:

- de medische hulpverlening inclusief de thuiszorg en -hulp, de huur van het nodige medisch materiaal en eventueel van een telebewakingstoestel
- het leveren van maaltijden aan huis, geneesmiddelen en berichten, de verplaatsing van een kapper, pedicure of andere zorgverlener, met dien verstande dat de kosten van de prestaties ten laste blijven van de verzekerde
- het vervoer van de verzekerde, bijvoorbeeld door het ter beschikking stellen van een privéchauffeur in de week volgend op zijn terugkeer naar huis
- de hulp van een privéleraar
- de administratieve hulpverlening: het bezorgen van informatie over de bevoegde instanties
- de zorg voor huisdieren (enkel honden en katten)
- de volgende prestaties ter vervanging van de taken die gewoonlijk door de verzekerde worden verricht wanneer binnen het gezin van de verzekerde geen enkel alternatief bestaat:
- de diensten van een huishoudhulp
- de diensten van een kinderoppas
- het vervoer van de kinderen
- de meest geschikte begeleiding, ook door telebewaking, van afhankelijke personen die deel uitmaken van het gezin van de verzekerde

Deze tussenkomst is beperkt tot het verzekerd bedrag, vermeld in de bijzondere voorwaarden, onder de waarborg 'Bijkomende kosten wegens ongeschiktheid'.

3. Bij blijvende invaliditeit van minstens 5% en die de mobiliteit van de verzekerde aantast, kan u een beroep doen op de hulpverlener tot maximum een jaar na de vaststelling van de permanente invaliditeit voor de organisatie van:

- het bezoek van specialisten om een audit te verrichten van de verzekerde woonplaats, de bijstand bij het beheer van de inrichtingswerken en de bijstand bij het zoeken van financiering bij privé- of publieke instellingen
- de bijstand bij het zoeken van een aangepast voertuig
- de bijstand voor de professionele reïntegratie
- de nodige psychologische bijstand indien voorgeschreven door een arts, beperkt tot 5 sessies bij een in België erkende psycholoog
- het zoeken van een nieuwe woning, een rusthuis of aangepaste instelling voor personen die afhankelijk zijn van het gezin van de verzekerde

Deze tussenkomst is gewaarborgd tot een totaal bedrag van 2.500 EUR.

4. Bij overlijden van een verzekerde, kan u een beroep doen op de hulpverlener voor:

- de organisatie van de begrafenis, inclusief het repatriëren van het stoffelijk overschot naar de begrafenisplaats in België
- een administratieve en juridische bijstand inzake administratieve formaliteiten bij overlijden
- het leveren van de nodige psychologische bijstand voor zover die voorgeschreven is door een arts. Onze financiële tussenkomst is beperkt tot 5 sessies bij een erkende psycholoog in België
- het zoeken, binnen een periode van 3 maanden na het overlijden van de verzekerde, van een nieuwe woning, een rusthuis of instelling aangepast aan de nieuwe gezinstoestand, voor de gezinsleden die van hem afhankelijk zijn

4. ALGEMENE OPMERKINGEN

1. Indien blijkt dat de gebeurtenis die aanleiding heeft gegeven tot de bovengenoemde prestaties geen gedekt schadegeval is, zullen wij de verzekerde vragen om terugbetaling van de gemaakte kosten.

2. De gewaarborgde diensten en prestaties moeten altijd door ons worden geregeld. Zo niet, geven ze daarna geen recht op enige vergoeding of compensatie. Indien de hulpverlener de verzekerde toestaat om zelf de kosten van de gewaarborgde prestaties te betalen, zullen ze hem worden vergoed op voorlegging van de originele bewijsstukken die ons moeten worden toegestuurd.

3. De diensten en prestaties die niet werden gevraagd of die door de verzekerde werden afgewezen, geven achteraf nooit recht op terugbetaling of compenserende schadevergoeding maar komen eventueel in aanmerking voor de aanvullende vergoedingen bedoeld in artikel 7.

ARTIKEL 9 UITSLUITINGEN

Zijn uitgesloten:

1. ongevallen die zich voordoen tijdens een beroepsactiviteit
2. die zich voordoen terwijl de verzekerde een landmotorrijtuig, een luchtvaartuig of een speedboot bestuurt
3. waarvan de lichamelijke schade al recht geeft op een vergoeding op grond van de Belgische wetgeving of analoge bepalingen uit het buitenlands recht. Worden in het bijzonder bedoeld:

- artikel 29 bis van de Wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen (bescherming van de zwakke weggebruikers zoals voetgangers, fietsers, ruiters, passagiers, betrokken bij een *ongeval* met een motorrijtuig)
- de Wet van 30 juli 1979 betreffende de preventie van brand en ontploffing in voor het publiek toegankelijke inrichtingen
- de Wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers
- de wetgeving op de arbeidsongevallen
- de Wet van 1 augustus 1985 betreffende de financiële hulp aan slachtoffers van opzettelijke gewelddaden.

Wij verlenen wel administratieve bijstand aan de verzekerde om alle formaliteiten te vervullen die nodig zijn voor

het bekomen van een vergoeding voor dergelijke lichamelijke schade opgelopen in het kader van zijn privéleven

4. ongevallen die de verzekerde overkomen terwijl hij in een toestand van geestelijke onevenwichtigheid, dronkenschap of alcoholintoxicatie verkeert, of onder invloed is van verdovende middelen. Nochtans komen wij tussen bij gebrek aan een oorzakelijk verband tussen deze omstandigheden en de schade
5. ongevallen die met opzet worden veroorzaakt of verergerd door de verzekeringnemer, de verzekerde of een begunstigde
6. ongevallen die het gevolg zijn, hetzij van een weddenschap, een uitdaging of vrijwillige blootstelling aan een onredelijk gevaar, tenzij met het doel mensenlevens te redden, hetzij van een criminele daad uit hoofde van de verzekerde
7. ongevallen die zich voordoen bij mobilisatie of veroorzaakt zijn door een oorlogsfeit, burgeroorlog, opstoot, oproer of staat van beleg; deze uitsluiting geldt niet voor ongevallen in het buitenland tot veertien dagen na het begin van de vijandelijkheden, voor zover België daarbij niet betrokken is en de verzekerde door die gebeurtenissen wordt verrast
8. ongevallen die rechtstreeks of onrechtstreeks worden veroorzaakt door een aardbeving of vloedgolf, behalve bij een tijdelijk verblijf in het buitenland, door een wijziging van de atoomkern of iedere bron van ioniserende stralingen. Medisch vereiste bestraling ingevolge een gedekt ongeval zijn verzekerd

Zijn eveneens uitgesloten:

1. het optreden van een *ongeval* of de verergering van de gevolgen wegens voorafbestaande letsels of ziekten en de verergeringen die zouden voortvloeien uit het feit dat de verzekerde geen regelmatige medische behandeling volgt
2. zelfdoding of poging tot zelfdoding
3. de beoefening van sport tegen beloning, met dien verstande dat een loutere kostenvergoeding niet als vergoeding wordt beschouwd; de beoefening van gevechtssporten, lucht- of klimsporten, speleologie, bobsleeën, skispringen, steepchase of diepzeeduiken met autonoom ademhalingsstoelstel
4. de deelname (training en voorbereidende proeven inbegrepen) aan wedstrijden met motorrijtuigen

Hoofdstuk 3: Administratieve bepalingen

ARTIKEL 10 HOE VERLOOPT DIT CONTRACT?

1. TOTSTANDKOMING VAN DIT CONTRACT EN AANVANG VAN DE WAARBORGEN

Dit contract komt tot stand van zodra wij het voor ons bestemde en door u ondertekende exemplaar van de bijzondere voorwaarden hebben ontvangen. De waarborgen voorzien in dit contract gaan in om 0 uur van de datum vermeld in de bijzondere voorwaarden, maar ten vroegste op de dag van de betaling van de eerste premie.

2. DUUR VAN DIT CONTRACT

Dit contract wordt gesloten voor de duur van één jaar. Op elke jaarvervaldag wordt dit contract stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van één jaar, op voorwaarde dat dit contract niet door u of door ons is opgezegd ten minste 3 maanden vóór het verstrijken van de lopende periode.

3. UW MEDEDELINGSPLICHT MET BETREKKING TOT DIT CONTRACT

Bij het tot stand komen van de verzekering dient u ons alle inlichtingen te verstrekken waarvan u redelijkerwijs kunt veronderstellen dat ze van belang zijn voor onze beoordeling van het risico.

Het is onder andere noodzakelijk dat bij het tot stand komen van de verzekering u ons op de hoogte brengt van alle andere verzekeringen die hetzelfde risico waarborgen als dit contract.

In de loop van de verzekering dient u ons zo spoedig mogelijk alle wijzigingen en nieuwe omstandigheden mee te delen die een aanzienlijke en blijvende invloed hebben op de kans dat het verzekerde voorval zich voordoet.

Als u onopzettelijk gegevens zou verzwijgen of verkeerd zou voorstellen, stellen wij u, binnen de termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag waarop wij kennis hebben gekregen van het verzwijgen of van de onjuiste voorstelling van het risico of van een verzwaring ervan tijdens de loop van het contract, een aanpassing van de verzekering voor, met uitwerking:

- in geval van verzwijgen of van onjuiste voorstelling: op de dag waarop wij er kennis van hebben gekregen
- in geval van verzwaring van het risico in de loop van het contract: met terugwerkende kracht tot op de dag van de verzwaring van het risico

Als wij evenwel aantonen dat wij een dergelijk risico nooit verzekerd zouden hebben, kunnen wij de verzekering opzeggen, binnen dezelfde termijn van één maand. Het staat u dan vrij het voorstel tot aanpassing van de verzekering te aanvaarden.

Indien het voorstel tot aanpassing van de overeenkomst door u wordt geweigerd of indien, na het verstrijken van de termijn van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kunnen wij de overeenkomst opzeggen binnen vijftien dagen.

Indien zich een schadegeval voordoet voordat de aanpassing of de opzegging van de polis van kracht wordt, zullen wij de overeengekomen tussenkomst verlenen indien het u niet kan verweten worden dat u uw mededelingsplicht niet bent nagekomen. Kan u dit wel verweten worden, dan mogen wij onze tussenkomst beperken volgens de verhouding die bestaat tussen de betaalde premie en de premie die betaald had moeten worden indien wij naar behoren waren ingelicht. Als wij echter aantonen dat wij het werkelijke risico nooit verzekerd zouden hebben, dan mogen wij onze tussenkomst beperken tot het terugbetalen van alle betaalde premies.

Als u opzettelijk gegevens over (de verzwaaring van) het risico zou verzwijgen of verkeerd zou voorstellen, is de verzekering nietig en komen de vervallen premies, die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop wij kennis hebben gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van die gegevens, ons toe.

Wanneer gedurende de loop van de overeenkomst het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, aanzienlijk en blijvend verminderd is, en wel zo dat wij, indien die vermindering bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, op andere voorwaarden zouden hebben verzekerd, zullen wij een vermindering van de premie toestaan vanaf de dag waarop wij van de vermindering van het risico kennis hebben gekregen.

Indien wij niet tot een akkoord komen over de nieuwe premie binnen een maand na uw aanvraag tot vermindering, kan u de overeenkomst opzeggen.

4. EINDE VAN DIT CONTRACT

1. Beëindiging door opzegging

a. Wanneer kan u dit contract volledig of gedeeltelijk opzeggen?

U kunt dit contract opzeggen:

- tegen het einde van elke verzekeringsperiode
- wanneer, tussen de datum van het sluiten van dit contract en die van de inwerkingtreding ervan, een termijn van meer dan één jaar verloopt, mits de opzegging werd betekend uiterlijk 3 maanden voor de inwerkingtreding van dit contract
- in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten gevolge van een wijziging van het risico en/of van het tarief
- na het zich voordoen van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding
- in geval van risicovermindering in de loop van dit contract

b. Wanneer kunnen wij dit contract volledig of gedeeltelijk opzeggen?

- tegen het einde van elke verzekeringsperiode
- wanneer, tussen de datum van het sluiten van dit contract en die van de inwerkingtreding ervan, een termijn van meer dan één jaar verloopt, mits de opzegging werd betekend uiterlijk 3 maanden voor de inwerkingtreding van dit contract
- na het zich voordoen van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding
- in geval van niet-betaling van de premie

- in geval van onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico bij het sluiten van dit contract of in geval van risicoverzwaaring in de loop van dit contract

c. Hoe wordt dit contract opgezegd?

Indien in dit contract geen specifieke opzeggingsmodaliteiten vermeld staan, gebeurt de opzegging op de volgende wijze:

- het contract kan worden opgezegd door u of door ons, bij een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs
- de opzeggingstermijn gaat in:
 - bij een ter post aangetekende brief: op de dag die volgt op de afgifte ervan ter post;
 - bij deurwaardersexploot: op de dag die volgt op de betekening
 - tegen ontvangstbewijs: op de dag die volgt op de datum vermeld op het ontvangstbewijs
- de opzegging heeft uitwerking na het verstrijken van de termijn die in de ter post aangetekende brief, het deurwaardersexploot of de opzeggingsbrief staat

2. Beëindiging door overlijden

Wanneer u zou overlijden:

- wordt dit contract overgedragen op uw erfgenamen of uw rechtverkrijgenden
- kunnen de erfgenamen of rechtverkrijgenden bij een ter post aangetekende brief binnen de 3 maanden en 40 dagen na uw overlijden dit contract opzeggen met een opzeggingstermijn van 3 maanden
- kunnen wij dit contract opzeggen bij een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs binnen de 3 maanden na kennisname van uw overlijden

3. Beëindiging door faillissement

In geval van faillissement blijft dit contract bestaan ten voordele van de massa van de schuldeisers, die jegens ons instaan voor de betaling van de premies die nog moeten vervallen na de faillietverklaring.

Niettemin hebben de curator van het faillissement en wijzelf het recht om dit contract op te zeggen. De curator van het faillissement kan dit contract slechts opzeggen binnen de 3 maanden na de faillietverklaring. Onze opzegging kan ten vroegste gebeuren 3 maanden na de faillietverklaring.

ARTIKEL 11 WAT MET DE PREMIEBETALING?

1. HOE GEBEURT DE PREMIEBETALING?

De premie is jaarlijks en haalbaar. Zij is vooruit betaalbaar op voorlegging van de kwijting of bij ontvangst van het vervaldagbericht.

De premie wordt vermeerderd met de jaarlijkse taks op de verzekeringscontracten en de eventuele bijdragen. Alle belastingen, bijdragen of heffingen die ons onder welke benaming ook door eender welke autoriteit kunnen worden opgelegd uit hoofde van de geïnde premies of verzekerde bedragen vallen integraal te uwen laste. Er zal

rekening worden gehouden met wat toekomstige wettelijke bepalingen zouden voorzien.

2. WAT INDIEN U DEZE VERPLICHTING NIET NALEEFT ?

Bij niet-betaling van de premie op de vervaldag kunnen wij de dekking van de overeenkomst schorsen of de overeenkomst opzeggen door u bij deurwaardersexploot of per aangetekende brief in gebreke te stellen.

De schorsing van de dekking of de opzegging gaat in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de afgifte ter post van de aangetekende brief.

Deze ingebrekestelling doet geen afbreuk aan de dekking die betrekking heeft op een verzekerd voorval in de periode voorafgaand aan de schorsing of de opzegging.

Er komt een einde aan de schorsing van de dekking wanneer u de achterstallige premies betaalt.

Indien wij de overeenkomst niet hebben opgezegd in de ingebrekestelling, dan gebeurt de opzegging door het versturen van een nieuwe ingebrekestelling overeenkomstig het eerste en tweede lid.

De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan ons recht de later nog te vervallen premies op te eisen, op voorwaarde dat u in gebreke werd gesteld overeenkomstig het eerste lid. Ons recht wordt evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

ARTIKEL 12 WAT IN GEVAL VAN WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN EN/OF VAN HET TARIEF?

1. Wanneer wij het tarief wijzigen en u hiervan op de hoogte stellen:
 - per gewone brief minstens 4 maanden voor de jaarlijkse hoofdvervaldag, dan kan u dit contract opzeggen ten laatste 3 maanden voor de jaarlijkse hoofdvervaldag
 - op het jaarlijks vervaldbericht of per gewone brief minder dan 4 maanden voor de jaarlijkse hoofdvervaldag, dan kan u dit contract opzeggen binnen de 3 maanden vanaf de kennisgeving
2. Wanneer wij de verzekeringsvoorwaarden en het tarief wijzigen en u hiervan minstens 90 dagen voor de jaarlijkse hoofdvervaldag op de hoogte stellen, dan kan u dit contract opzeggen binnen de 30 dagen vanaf de kennisgeving.
3. Wanneer u gebruik maakt van uw opzegmogelijkheid dan wordt het contract stopgezet 30 dagen na uw schriftelijk verzoek maar ten vroegste op de hoofdvervaldag waarop die wijzigingen hadden kunnen in voege treden.
4. U beschikt evenwel niet over deze opzegmogelijkheid wanneer de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en/of het tarief voortvloeit uit een algemene aanpassing die door de bevoegde overheid wordt vastgelegd en die, in de toepassing ervan, gelijk is voor alle maatschappijen.

ARTIKEL 13 HOE WORDT DIT CONTRACT GEINDEXEERD?

De verzekerde bedragen, de premies, de tussenkomst-drempel en de vrijstelling worden niet geïndexeerd.

ARTIKEL 14 WAT MOET DE VERZEKERDE DOEN BIJ EEN SCHADEGEVAL?

1. HET SCHADEGEVAL AANGEVEN

De verzekerde, of de begunstigde bij overlijden, dient ons het schadegeval zo snel mogelijk aan te geven en in ieder geval binnen de 8 dagen nadat het zich heeft voorgedaan.

De schadeaangifte dient:

- de datum, de plaats, de oorzaken, de omstandigheden en de vermoedelijke gevolgen van het schadegeval te vermelden, en alle andere verzekeringscontracten die dezelfde risico's waarborgen
- vergezeld te zijn van een medisch attest dat de lichamelijke letsels en, in voorkomend geval, de periodes en het percentage van ongeschiktheid vermeldt

De verzekerde of de begunstigde bij overlijden moet ons onverwijld alle nuttige inlichtingen en documenten verstrekken, antwoorden op alle vragen die hem worden gesteld en het nodige doen om ons in staat te stellen de omstandigheden na te trekken, de omvang van de lichamelijke letsels te bepalen en verhaal uit te oefenen op een eventueel aansprakelijke derde. Hij mag bijvoorbeeld niet weigeren om onze afgevaardigden te ontvangen en moet hen alle gewenste inlichtingen verstrekken.

We kunnen onze tussenkomst beperken als we aantonen dat het niet nakomen van deze verplichtingen ons schade heeft berokkend.

2. DE SCHADE BEPERKEN

De verzekerde dient alle redelijke maatregelen treffen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen of te beperken. Zo dient hij onmiddellijk een geneesheer te raadplegen en zich, tot zijn genezing, te onderwerpen aan de voorgeschreven medische en paramedische behandelingen. Hij heeft de vrije keuze van geneesheer.

Wij staan niet in voor de verergering van de gevolgen van een schadegeval wanneer deze voortvloeit uit een laattijdige medische tussenkomst, te wijten aan de verzekerde of de begunstigde bij overlijden, of uit een weigering door de verzekerde om de voorgeschreven behandeling te ondergaan.

Bovendien verbindt hij zich ertoe in België en in het buitenland alle nodige stappen te ondernemen om terugbetaling te verkrijgen van de medische kosten bij de sociale zekerheids- of vergelijkbare instellingen, zoals de ziekte-invaliditeitsverzekering en de arbeidsongevallenverzekering.

3. ZICH ONDERWERPEN AAN IEDERE MEDISCHE CONTROLE

De verzekerde dient onmiddellijk gevolg te geven aan iedere oproep voor een medisch onderzoek door onze adviserend geneesheer. Bovendien dient hij aan zijn behandelend geneesheer toestemming te geven om op de vragen van onze adviserend geneesheer te antwoorden.

Wanneer onze adviserend geneesheer, bij overlijden van de verzekerde, meent dat een postmortaal onderzoek nodig is om de precieze doodsoorzaak vast te stellen, dient de begunstigde alles in het werk te stellen om dit onderzoek zo snel mogelijk te laten uitvoeren. Verzet hij zich hiertegen, dan verliest hij ieder recht op vergoeding. De kosten van dit postmortaal onderzoek zijn te onzen laste.

Wat gebeurt er indien de verzekerde deze verplichtingen niet naleeft?

In geval de verzekerde één van voormelde verplichtingen niet naleeft:

- zonder bedrieglijk opzet, kunnen wij de vergoeding verminderen of terugvorderen tot beloop van het door ons geleden nadeel
- met bedrieglijk opzet, kunnen wij zelfs iedere tegemoetkoming weigeren of de vergoeding die reeds betaald werd, terugvorderen

ARTIKEL 15 HOE GEBEURT DE REGELING VAN EEN SCHADEGEVAL?

1. METHODE VAN VASTSTELLING VAN DE VERGOEDING

De vergoedingen worden vastgesteld na voorlegging van de bewijsstukken en voor zover de nodige formaliteiten zijn vervuld. De medische gegevens worden verwerkt door onze adviserend geneesheer.

Wanneer de gevolgen van een *ongeval* verergerd zijn door omstandigheden die los staan van dat *ongeval*, bijvoorbeeld reeds bestaande handicaps of ziekten, kan de verschuldigde schadevergoeding niet hoger zijn dan die welke verschuldigd zou zijn bij afwezigheid van die verergerende factoren. De schadevergoeding dekt dus alleen de gevolgen die het *ongeval* zou hebben gehad op een gezond organisme.

De vergoeding bij overlijden of blijvende invaliditeit opgelopen door de verzekerde wordt bepaald op basis van de verzekerde bedragen zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden volgens de in de beschrijving van de waarborgen bepaalde modaliteiten.

De vergoeding in het kader van de waarborgen 'Behandlingskosten' en 'Bijkomende kosten wegens ongeschiktheid' steunt op de bewijsstukken van de gemaakte kosten waarvan u van niemand terugbetaling hebt kunnen verkrijgen. Wij vergoeden dan het saldo, met aftrek van een vrijstelling van 50 EUR, tot beloop van de bedragen vermeld in de bijzondere voorwaarden.

2. EVENREDIGHEIDSGEGEL

Indien door veranderingen in uw gezinssamenstelling of door de bekendmaking van verkeerde gegevens bij het onderschrijven of in de loop van het contract, de situatie op het ogenblik van het schadegeval niet overeenstemt met die vermeld in de bijzondere voorwaarden, passen wij de *evenredigheidsregel* toe.

De vergoeding wordt dan verlaagd of verhoogd naar gelang de bestaande verhouding tussen de betaalde premie en de premie die betaald had moeten worden op grond van de toestand op het ogenblik van het schadegeval, met dien verstande dat de vergoeding voor 'Behandlingskosten' en 'Bijkomende kosten wegens ongeschiktheid' nooit hoger kan zijn dan het effectief door de verzekerde betaalde bedrag.

Voor de toepassing van deze regel, onderscheidt men de volgende te verzekeren gezinstoestanden:

- alleenstaande: één volwassene
- partners: twee volwassenen zonder kinderen

- gezin: meerdere volwassenen met kind(eren) of meer dan 2 volwassenen zonder kind(eren)

- eenoudergezin: één volwassene met kind(eren)

De aanwezigheid van kinderen wordt dus in aanmerking genomen maar niet het aantal. Een kind is een persoon jonger dan 18 jaar of die nog recht geeft op kinderbijslag omdat hij/zij lessen volgt aan een school of universitaire instelling.

3. BETALING VAN DE VERGOEDING

De vergoeding wordt betaald uiterlijk 30 dagen na vaststelling van het bedrag.

4. BETWISTING OP MEDISCH GEBIED

Wanneer de verzekerde of de begunstigde bij overlijden de medische conclusies van onze adviserend geneesheer wat betreft de oorzaken van het overlijden of de letsels, de graad van invaliditeit of de duur van ongeschiktheid betwist, wordt in der minne een geneeskundige expertise georganiseerd. Hiertoe wijst elke partij haar eigen geneesheer aan. Komen de geneesheren niet tot overeenstemming, dan wijzen zij een derde geneesheer aan, wiens advies bindend is.

Duidt één der partijen geen geneesheer aan of komen de twee geneesheren niet tot overeenstemming over de keuze van de derde geneesheer, dan zal deze op verzoek van de meest gerede partij worden aangeduid door de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde of de begunstigde bij overlijden.

Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar eigen geneesheer. De erelonen en kosten van de derde geneesheer, inclusief de kosten van zijn aanstelling, alsook de kosten en erelonen van eventueel op verzoek van de geneesheren geraadpleegde specialisten, worden gelijk verdeeld tussen beide partijen.

5. SUBROGATIE EN RECHT VAN VERHAAL

Wij treden, tot beloop van de door ons betaalde vergoeding, in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde of de begunstigde bij overlijden, ten aanzien van de voor het schadegeval aansprakelijke derde.

De subrogatie mag geen nadeel inhouden voor de verzekerde of de begunstigde bij overlijden die een gedeeltelijke vergoeding heeft gekregen. In dit geval kan hij, met voorrang op ons, zijn rechten uitoefenen voor wat hem nog verschuldigd is.

Wij verbinden ons ertoe geen verhaal uit te oefenen tegen de echtgeno(o)t(e) en de bloed- en aanverwanten in de rechte lijn van de verzekerde, noch tegen de bij hem inwonende personen, zijn gasten en huispersoneel, behalve bij kwaad opzet of wanneer hun aansprakelijkheid daadwerkelijk gedekt is door een aansprakelijkheidsverzekering.

ARTIKEL 16 TOEPASSELIJK RECHT EN RECHTSMACHT

Alle geschillen waartoe dit contract aanleiding zou kunnen geven vallen uitsluitend onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

ARTIKEL 17 BRIEFWISSELING

Om geldig te zijn, moeten de mededelingen en betekeningen die bestemd zijn:

- voor u, verstuurd worden door ons naar uw laatste gekende adres. U verbindt zich ertoe elke adreswijziging onmiddellijk aan ons mee te delen
- voor ons, verstuurd worden door u naar het adres van onze maatschappelijke zetel in België

ARTIKEL 18 RANGORDE VAN DE VOORWAARDEN

De bijzondere voorwaarden hebben voorrang op de algemene voorwaarden.

ARTIKEL 19 VERJARINGSTERMIJN

De verjaringstermijnen in zake verzekeringen wordt door de wet betreffende de verzekeringen bepaald. Onder voorbehoud van bijzondere wettelijke bepalingen bedraagt de verjaringstermijn voor elke rechtsvordering voortvloeiend uit een verzekeringsovereenkomst 3 jaar.

ARTIKEL 20 KLACHTEN

Elke dag geven we ons 100% om u de beste service te bieden en de verwachtingen van onze klanten liggen ons bijzonder nauw aan het hart. Laat het ons dus zeker weten als u niet helemaal tevreden bent.

Hebt u een klacht, contacteer dan best eerst uw financieel adviseur of de Dienst Klachtenbeheer van Belfius via brief naar Dienst Klachtenbeheer (collinummer: 7908), Karel Rogierplein 11 in 1210 Brussel of via e-mail naar complaints@belfius.be. We nemen de tijd om naar u te luisteren en om samen met u een oplossing te vinden.

Bent u niet tevreden met de oplossing die de Dienst Klachtenbeheer van Belfius voorstelt? Dan kan u de Negotiator van Belfius contacteren via brief naar Negotiation (collinummer: 7913), Karel Rogierplein 11 in 1210 Brussel, of via e-mail naar negotiation@belfius.be.

Vindt u niet meteen de oplossing, dan kan u terecht bij de Ombudsman van de Verzekeringen, de MeeÛsquare 35 in 1000 Brussel, of via e-mail naar info@ombudsman.as.

Meer info op www.ombudsman.as

U behoudt altijd het recht om een gerechtelijke procedure te starten bij de bevoegde Belgische rechtbanken.

LEXICON

Ongeval: een plotse, onvrijwillige en onvoorzienbare gebeurtenis in hoofde van de verzekerde.

Het begrip 'lichamelijk ongeval' is gedefinieerd in artikel 2.

Evenredigheidsregel: de evenredigheidsregel laat ons toe de vergoeding die wij moeten betalen bij een schadegeval te verminderen, wanneer de inlichtingen die u ons hebt gegeven en die als basis dienden voor het opstellen van dit contract niet juist blijken te zijn.

De evenredigheidsregel van de premies: te vergoeden schade x betaalde premie/ premie die had moeten worden toegepast.