

Persoonlijke Ongevallen

Algemene voorwaarden



Inhoudsopgave

Algemene bepalingen.....	2
1. Bescherming Persoonsgegevens.....	2
2. De premie.....	2
3. Duur en einde verzekering.....	2
4. Fraude.....	3
5. Leeftijdsgrens.....	3
6. Mededelingen.....	3
7. Onzekerheidsvereiste.....	3
8. Rentevergoeding.....	4
9. Samenloop.....	4
10. Sanctieclausule.....	4
11. Subrogatie.....	4
12. Toepasselijk recht en geschillen.....	4
13. Verjaring.....	5
14. Verzekeringsgebied.....	5
15. Verzekerde woonachtig in het buitenland.....	5
16. Wijziging van premie en/of voorwaarden.....	5
17. Wijziging van het risico.....	6
 Persoonlijke Ongevallen.....	6
18. De dekking.....	6
19. Vaststelling bij de uitkering van Blijvende invaliditeit.....	6
20. Tijdelijke ongeschiktheid na ongeval.....	9
21. Medische kosten na ongeval.....	9
22. Aanvullende dekkingen.....	9
23. Uitsluitingen.....	100
24. Verplichtingen na een Ongeval.....	110
25. Begrippenlijst.....	121

Algemene bepalingen

1. Bescherming Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door Verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, het uitvoeren van marketingactiviteiten, voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, statistische analyse en het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor meer informatie zie: <https://www.benelux.zurich.com/nl/services/privacy>.

2. De premie

2.1 Premiebetaling

De premie dient uiterlijk op de 30^{ste} dag nadat deze verschuldigd is betaald te zijn, maar in ieder geval voor de dekking aanvangt.

2.2 Wanbetaling

Bij niet-betaling van de premie zijn de bepalingen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen van toepassing.

2.3 Terugbetaling van premie

Bij opzegging van de verzekering betaalt de Verzekeraar eventuele te veel in rekening gebrachte premie terug. Met uitzondering van een opzegging wegens Fraude of misleiding. De terugbetaling geschiedt na aftrek van administratiekosten.

2.4 Premieverhoging

Indien de Verzekeraar de premie verhoogt zal zij het recht hebben bij de eerstvolgende premievervaldag deze toe te passen. De Verzekeraar zal dit 4 maanden voor de premievervaldag schriftelijk mededelen. De Verzekeringnemer wordt geacht hier mee akkoord te zijn, tenzij Verzekeringnemer dit binnen deze periode schriftelijk meldt, hierdoor eindigt het contract per premievervaldatum.

3. Duur en einde verzekering

3.1 Geldigheidsduur van de verzekering

Op het polisblad staat de verzekeringsperiode genoemd. Tenzij anders aangegeven op de polis zal de polis telkens stilzwijgend verlengen voor dezelfde periode onder dezelfde voorwaarden, met uitzondering van een tijdige schriftelijke opzegging.

3.2 Opzegtermijn

De opzegtermijn is drie maanden voor het aflopen van de verzekering, waarbij de opzegging schriftelijk dient te gebeuren bij aangetekende brief, deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

3.3 Beëindiging van de verzekering

De verzekering wordt automatisch beëindigd per de datum waarop de Verzekeringnemer:

- zijn beroeps- of bedrijfsactiviteiten heeft beëindigd;
- op het moment dat de opschorting in de zin van het Wetboek van Economisch Recht wordt toegekend aan Verzekeringnemer,

De verzekering eindigt door een schriftelijke opzegging van de Verzekeraar op de in de opzeggingsbrief genoemde datum:

- wanneer Verzekeringnemer in gebreke is gebleven de premie te betalen, dit met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden;
- wanneer door of namens Verzekeringnemer, Verzekerde of de Begunstigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken met betrekking tot het verzekerde risico dan wel tot het Verzekerde overkomen

Ongeval en/of gebeurtenis is gegeven. Verzekeraar heeft in deze situatie het recht om zonder opzegtermijn op te zeggen.

De verzekering eindigt automatisch voor de Verzekerde:

- zodra Verzekerde ophoudt zijn domicilie in België te hebben, tenzij anders overeengekomen op de polis;
- bij eerder overlijden van Verzekerde;
- bij het einde van het dienstverband met Verzekeringnemer, om 24:00 uur op de dag van dienstverlating.

3.4 Molestdekking

De Verzekeraar en Verzekeringnemer kunnen elke Molest dekking (of dekking in kader van Geweldpleging) zonder opgave van reden opzeggen met een opzegtermijn van 7 dagen.

4. Fraude

Indien er sprake is van misleiding (geheel of gedeeltelijk) dan wel bewuste benadeling van de belangen van de Verzekeraar door de Verzekerde(n) of een andere Begunstigde vervalt al het recht op dekking onder deze verzekering, behoudens zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Onder bewuste benadeling van de belangen van Verzekeraar wordt tevens verstaan het niet nakomen van een verplichting voortvloeiende uit de verzekeringsvoorwaarden of uit de wet. Eventuele reeds gemaakte kosten en/of al gedane uitkeringen zullen door Verzekeraar worden teruggevorderd.

Verzekeraar hanteert een actief beleid ter voorkoming en beheersing van Fraude en kan hij besluiten over te gaan tot:

- aangifte bij de politie of het Openbaar Ministerie;
- beëindiging van de verzekering(en);
- verhaal van de (onderzoeks)kosten in het kader van het Fraudeonderzoek;
- een registratie in het tussen verzekeringsmaatschappijen gangbare waarschuwingssysteem.

5. Leeftijdsgrens

Om 24:00 uur op de dag voordat de Verzekerde 67 jaar wordt vervalt de dekking.

Indien de Verzekerde op het ogenblik van het ongeval de volle leeftijd van 5 jaar niet heeft bereikt, betaalt of stort de Verzekeraar enkel de degelijk verantwoorde begrafenis kosten terug, tot beloop van EUR 2.500,-.

6. Mededelingen

Tenzij de wet van 4 april 2014 op dwingende wijze anders voorschrijft, kunnen de schriftelijke mededelingen tussen partijen tevens per e-mail plaatsvinden. Verzekeraar en Verzekeringnemer kunnen de overige voor elkaar bestemde mededelingen rechtsgeldig aan de makelaar doen. Alle mededelingen van de makelaar aan Verzekeringnemer kunnen rechtsgeldig geschieden aan het laatste aan hem bekendgemaakte (e-mail) adres van de op het polisblad vermelde Verzekeringnemer.

7. Onzekerheidsvereiste

Deze overeenkomst beantwoordt aan de vereiste van onzekerheid en voor zover de schade, waarvan aanspraak wordt gemaakt op vergoeding, het gevolg is van een Gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor Verzekerde schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

8. Rentevergoeding

De Verzekeraar betaalt geen rente op uit te betalen uitkeringen tenzij anders bepaald.

9. Samenloop

Deze verzekering treedt enkel en alleen in werking indien de schade en/of kosten, wettelijk, contractueel of anderszins, niet van een ander kunnen worden gevorderd c.q. niet door een derde kunnen worden vergoed. Mocht de onder deze verzekering gedekte schade en/of kosten tevens onder een andere verzekering gedekt zijn, al dan niet van oudere datum, of zou deze schade daarop gedekt zijn indien deze verzekering niet zou hebben bestaan, dan zal (zullen) die andere verzekering(en) in geval van een aanspraak te allen tijde voorgaan alsof onderhavige verzekering niet heeft bestaan.

In het geval dat deze verzekering meer dekking biedt door een verschil in voorwaarden of een hogere verzekerde som, dan biedt deze verzekering enkel en alleen dekking voor het verschil in de verzekerde som of voorwaarden. Het eigen risico van een andere verzekering blijft voor eigen rekening en wordt nooit vergoed.

Voorname geldt niet ingeval van een uitkering voor Overlijden door een Ongeval of Blijvende Invaliditeit door een Ongeval.

10. Sanctieclausule

Onverminderd de bij deze polis behorende voorwaarden en clausules zullen Verzekeraars niet gehouden zijn enige betaling te verrichten, nog enige dienst te verlenen en/of ander voordeel te verschaffen aan enige Verzekerde of een andere partij indien de bedrijfsactiviteiten van enige Verzekerde of zulks een betaling, dienst en/of voordeel enige schending van een economische handelswet-, sanctiewet-, en/of regelgeving inhoudt.

11. Subrogatie

Indien Verzekeringnemer of Verzekerde terzake van door hem/haar geleden schade anders dan uit verzekering, vorderingen tot schadevergoeding op derden heeft, gaan die vorderingen bij wijze van subrogatie op de Verzekeraar over voor zover deze, al dan niet verplicht, die schade vergoedt. Voornoemde geldt niet ingeval van een uitkering voor Overlijden door een Ongeval of Blijvende Invaliditeit door een Ongeval.

Verzekerde moet zich, nadat het risico zich heeft verwezenlijkt, onthouden van elke gedraging welke aan het recht van de Verzekeraar tegen die derden afbreuk doet. Indien Verzekerde toch dergelijke gedragingen vertoont, kan dit leiden tot geen uitkering, tenzij Verzekeraar hierdoor niet in zijn belangen is geschaad.

12. Toepasselijk recht en geschillen

Op deze verzekering is het Belgisch recht van toepassing, tenzij anders vermeld op het polisblad. De bepalingen van dit contract worden beheerst via de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, alsmede de toevoegingen, wijzigingen en uitvoeringsbesluiten daarvan.

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van Verzekeraar.

Elke klacht in verband met deze overeenkomst kan ook steeds worden voorgelegd aan de Ombudsman van de Verzekeringen (Meeûsplein 35, 1000 Brussel; info@ombudsman.as; tel. 02/547.58.71). Het indienen van een klacht doet geenszins afbreuk aan de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure op te starten.

Wanneer de Verzekerde geen gebruik wil maken van deze klachtenprocedure, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter in het gerechtelijk arrondissement Brussel.

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van Verzekeraar. Wanneer de Verzekerde geen gebruik wil maken van deze klachtenprocedure, of de behandeling of de uitkomst hiervan niet bevredigend vindt, kan hij het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter te Brussel.

13. Verjaring

Een rechtsvordering tegen de Verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de Begunstigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de Verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.

14. Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in de hele wereld.

15. Verzekerde woonachtig in het buitenland

Indien de verzekering volgens de polis eveneens van toepassing is voor Verzekerden die in het buitenland wonen, dan geldt als uitdrukkelijke voorwaarde dat zij voor komen in een daarvoor bestemde administratie van Verzekeringnemer in België.

Ten aanzien van de Verzekerden woonachtig in het buitenland heeft Verzekeraar het recht een eventuele Blijvende Invaliditeit in België te laten vaststellen. Uitkeringen in het kader van deze verzekering worden gedaan aan Verzekeringnemer in België. Verzekeringnemer is bij (eventuele) doorbetaling van de uitkering zelf verantwoordelijk voor de (eventuele) afdracht van (loon)belasting.

16. Voorwerp van het contract

Dit contract heeft tot voorwerp de Verzekerde binnen de dekking en tijdens de dekkingsperiode te laten genieten van de bedragen en waarborgen die zijn vastgelegd in de polis en de voorwaarden.

17. Wijziging van premie en/of voorwaarden

17.1 En bloc wijziging

Verzekeraar heeft het recht de premies en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is Verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door hen te bepalen datum.

Verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen de termijn van 30 dagen aanvangende op de dagtekening van de mededeling schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum dat de wijziging ingaat, maar niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van de mededeling.

17.2 Uitzonderingen

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door Verzekeringnemer geldt niet, indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

18. Wijziging van het risico

18.1 Termijn

Een wijziging in beroep, werkzaamheden en/of rechtsvorm van Verzekerde en/of Verzekeringnemer dient binnen 30 dagen na wijziging schriftelijk te worden medegedeeld aan Verzekeraar.

18.2 Gevolgen wijziging

De Verzekeraar beoordeelt dan de wijziging en kan hierbij tot de volgende conclusie komen:

- Als de wijziging een vermindering of gelijkblijvend risico betreft, blijft de verzekering ongewijzigd van kracht.
- Als de wijziging een acceptabele verzwarende van het risico is, blijft de Verzekering van kracht, tegen een eventuele verhoogde premie en/of aangepaste voorwaarden.

Binnen 60 dagen na ontvangst van de nieuwe premie en/of voorwaarde(n) heeft Verzekeringnemer het recht de verzekering op te zeggen, waarbij de verzekering eindigt aan het einde van deze 60 dagen.

Als de verzwarende onaanvaardbaar is voor de Verzekeraar, heeft hij het recht de verzekering op te zeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 60 dagen. In deze periode is er enkel dekking voor activiteiten die door verzekeraar geaccepteerd zijn.

18.3 Beroepsongevallen binnen termijn

Voor beroepsongevallen geldt dat, indien de risicowijziging niet binnen de in art. 17.1 genoemde termijn wordt gemeld, de volgende consequenties gelden:

- Bij een acceptabele verzwarende wordt het uit te keren bedrag verlaagd naar rato van de oude tot de nieuwe premie.
- Bij een onacceptabele verzwarende is er geen recht meer op een uitkering voor beroepsongevallen.

Persoonlijke Ongevallen

19. De dekking

19.1 Rubriek A - Recht op uitkering bij overlijden

Als Verzekerde komt te overlijden door een Ongeval wordt het verzekerd bedrag voor rubriek A aan de Begunstigde uitgekeerd.

Als er al een uitkering onder Rubriek B is gedaan voor hetzelfde Ongeval, wordt deze uitkering in mindering gebracht op de uitkering voor Rubriek A. Indien het reeds uitgekeerde bedrag hoger is, hoeft dit niet te worden terugbetaald.

19.2 Rubriek B - Recht op uitkering bij Blijvende invaliditeit

Bij Blijvende invaliditeit van Verzekerde door een Ongeval, keert de Verzekeraar aan de Verzekerde een bedrag uit conform art. 20 op basis van een percentage van het Verzekerde bedrag voor Rubriek B dat gold op de schadedatum.

Indien Verzekerde komt te overlijden, anders dan door het Ongeval, voordat de uitkering is vastgesteld conform art. 20, blijft er recht op een uitkering. Op basis van de medische rapporten wordt het verwachte definitieve invaliditeit percentage vastgesteld alsof de Verzekerde niet zou zijn overleden.

20. Vaststelling bij de uitkering van Blijvende invaliditeit

20.1 Percentage van Blijvende invaliditeit

In onderstaande tabel staan de uitkeringspercentages van het voor rubriek B geldende bedrag bij volledig (functie) verlies van de genoemde organen en lichaamsdelen. Het orgaan of lichaamsdeel dat permanent letsel heeft opgelopen, verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden door het Ongeval is van invloed op de wijze waarop de uitkering voor Rubriek B wordt vastgesteld, namelijk volgens het gestelde in art. 20.1 en 20.2 of volgens de werkwijze zoals omschreven in art. 20.3.

Als er gedeeltelijk (functie) verlies is dan wordt er een evenredig deel van dit percentage uitgekeerd.

• been tot in het heupgewricht	100%
• arm tot in het schoudergewricht	100%
• bij volledige verlamming	100%
• bij ongeneeslijke verstandverbijstering	100%
• bij verlies van het spraakvermogen	100%
• bij algeheel verlies van de centrale hersenfuncties (w.o. verlies van verstandelijke vermogens)	100%
• bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
• bij algeheel verlies van het gezichtsvermogen van één oog	100%
• bij algehele doofheid van beide oren	30%
• bij algehele doofheid van één oor	70%
• Indien binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor algehele doofheid van één oor, wordt bij het ontstaan van algehele doofheid van het andere oor uitgekeerd	
• oorschelp	5%
bij algeheel functieverlies van:	
• reuk, tast en/of smaak	10%
• neus	10%
• de duim	30%
• de wijsvinger	20%
• een andere vinger	15%
• voet	65%
• hand	65%
• de grote teen	10%
• een andere teen	5%
• de bekkenring (incl. schaambeen)	15%
• de long	25%
• de milt	10%
• de nier	20%
• alvleesklier	70%
• voortplantingsorganen	35%
• de kauwfunctie	15%
• de onderkaak door chirurgische behandeling	30%
• de wervelkolom (incl. ruggenmerg)	100%
• in geval van "postwhiplashsyndroom"	8-15%

Wanneer er sprake is van gedeeltelijk (functie) verlies van één of meer hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd.

20.2 Medisch onderzoek

De vaststelling van het uitkeringspercentage gebeurt door een objectief medisch onderzoek in België aan de hand van de, op het moment van de vaststelling, laatste uitgave van De Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de Graad van Invaliditeit (OBSI).

Met een eventuele toekomstige verbetering of verslechtering zal bij de bepaling van het uitkeringspercentage geen rekening worden gehouden.

20.3 Uitzonderingen

Als het niet mogelijk is conform het overzicht in art. 20.1 het uitkeringspercentage vast te stellen gebeurt dit aan de hand van:

- het percentage van blijvend functieverlies van het lichaam;
- het percentage van arbeidsongeschiktheid voor zijn beroep

De Verzekeraar zal een arbeidsdeskundige aanstellen die, op basis van het belastbaarheidspatroon dat opgesteld is door de medisch adviseur, de mate van arbeidsongeschiktheid vast zal stellen.

Het hoogste van deze twee percentages zal gelden als het uitkeringspercentage.

20.4 Verbetering door hulp- en kunstmiddelen

Bij het bepalen van het percentage van Blijvende invaliditeit wordt er geen rekening gehouden met externe hulp en/of kunstmiddelen. Bij inwendige hulp en/of kunstmiddelen wordt er wel rekening gehouden met eventuele verbetering van de lichaamsfuncties.

20.5 Vaststellingstermijn voor Blijvende invaliditeit

Uiterlijk binnen 3 jaar na het Ongeval wordt de mate van Blijvende invaliditeit bepaald of eerder indien er al eerder sprake is van een medische eindtoestand.

20.6 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

Als door een bestaande ziekte, gebrek of afwijking van het lichaam of psyche de gevolgen van een Ongeval zijn vergroot, dan wordt de uitkering bijgesteld naar de gevolgen alsof het Ongeval iemand was overkomen die volledig gezond en valide was, tenzij deze ziekte, gebrekkigheid en/of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid is ontstaan door een eerder Ongeval.

De gevolgen van een verergering van een bestaande ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid door een Ongeval zijn niet gedekt.

Indien door een Ongeval reeds bestaande Blijvende invaliditeit wordt vergroot, wordt als grondslag voor de uitkeringen aangehouden een percentage evenredig aan het verschil in de graad van invaliditeit vóór en na het Ongeval. De vaststelling van dit percentage geschiedt met inachtneming van het bepaalde in art. 20.

20.7 Rentevergoeding

Na het verloop van één jaar gerekend vanaf het moment van het Ongeval is er recht op de enkelvoudige wettelijke rente over de uitkering onder Rubriek B mits de mate van Blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld. De rente wordt tegelijk met de uitkering uitbetaald.

20.8 Maximum uitkeringen

Een uitkering, als gevolg van één of meerdere Ongevallen, zal nooit meer dan 100% bedragen van het verzekerde bedrag onder Rubriek B.

Als er meerdere Verzekerden getroffen zijn door dezelfde gebeurtenis, wordt er nooit meer betaald dan het op het polisblad vermelde maximumbedrag per gebeurtenis. De verzekerde bedragen per Verzekerde worden in zulke gevallen dan naar evenredigheid verlaagd.

21. Tijdelijke ongeschiktheid na ongeval

Behoudens andersluidende bepalingen is de dagelijkse vergoeding die in de Bijzondere Voorwaarden voorzien wordt, verschuldigd vanaf de 31^e dag na het Ongeval tot uiterlijk de 365^e dag erna, indien de Verzekerde zijn beroep niet kan uitoefenen, of verplicht is voortdurend binnen te blijven, zo hij geen beroep uitoefent.

Deze vergoeding zal evenredig verminderd worden, en in ieder geval met de helft zodra de Verzekerde weer gedeeltelijk zijn beroep kan uitoefenen, of weer gedeeltelijk in staat is zich met zijn professionele activiteit bezig te houden, of wanneer hij niet meer verplicht in bed dient te blijven, zo hij geen beroep uitoefent. Tenzij anders is bedongen zullen deze vergoedingen aan het slachtoffer worden uitbetaald. Deze dekking is optioneel en kan niet worden afgesloten voor personen jonger dan 18 jaar.

Onder arbeidsongeschiktheid wordt verstaan: Het geheel of gedeeltelijk niet in staat zijn om te werken. Een arbeidsongeschiktheid van minder dan 35% wordt echter niet als arbeidsongeschiktheid beschouwd.

22. Medische kosten na ongeval

Indien de Verzekerde voor de gevolgen van een Ongeval medisch moet worden behandeld, dan vergoedt de Verzekeraar de daaraan verbonden kosten tot het verzekerde maximum. Onder deze kosten wordt uitsluitend verstaan de honoraria van Artsen, alsmede de kosten gemaakt voor: verbandmiddelen, medicijnen, behandeling en verpleging in een Ziekenhuis, vervoer van Verzekerde, aanschaffing van door het Ongeval noodzakelijk geworden prothesen, een invalidewagentje of een blindengeleidehond. Deze kosten zullen worden vergoed voor zover het maken ervan redelijk was en door een Arts zijn voorgeschreven.

Als voorwaarde voor een vergoeding op grond van deze verzekering geldt, dat de Verzekerde rechten kan ontlelen aan een in België gesloten zorgverzekering of -voorziening.

Indien –zo deze verzekering niet bestond– aanspraak zou kunnen worden gemaakt op vergoeding van de kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, en/of op grond van enige wet of andere voorziening, zullen de kosten uitsluitend voor vergoeding onder deze verzekering in aanmerking komen voor zover zij het bedrag te boven gaan waarop Verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken. Een op een andere verzekering toepasselijk eigen risico zal nimmer onder deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

23. Aanvullende dekkingen

23.1 Aanvullende dekkingen/ uitkeringen voor Verzekerde

23.1.1 Huis, werkplek en auto aanpassing

Als Verzekerde recht heeft op een uitkering onder Rubriek B van ten minste 25% vergoedt de Verzekeraar de redelijke kosten voor aanpassing van zijn huis, werkplek en/of auto. Voorwaarde voor deze dekking is dat de aanpassingen dienen te gebeuren op voorschrift van de behandelend Arts en voorafgaand schriftelijk zijn goedgekeurd door de Verzekeraar.

De totale vergoeding is maximaal EUR 10.000,- per Ongeval per Verzekerde. Alleen kosten gemaakt binnen 3 jaar na het Ongeval komen voor vergoeding in aanmerking.

23.1.2 Hulp in de huishouding

Als de uitkering onder Rubriek B ten minste 50% bedraagt vergoedt de Verzekeraar de redelijke kosten voor hulp in de huishouding van Verzekerde gedurende maximaal 104 weken na de datum van het Ongeval en tot maximaal EUR 2.500,- per Ongeval per Verzekerde.

23.1.3 Kosten plastische chirurgie

De behandeling voor plastische chirurgie door een Arts die naar het oordeel van een Arts een redelijke kans op verbetering of herstel van blijvende misvorming of ontsiering van het lichaam, ontstaan door een Ongeval, biedt.

De medische kosten per Verzekerde per Ongeval voor plastische chirurgie zijn gedekt tot maximaal 10% van het verzekerde bedrag onder Rubriek B met een maximum van EUR 2.500,-. Alleen kosten gemaakt binnen 3 jaar na het Ongeval komen voor vergoeding in aanmerking.

23.2 Zurich Traumahulp

23.2.1 Psychologische ondersteuning

Indien het de verwachting is dat de uitkering onder Rubriek B minstens 50% bedraagt, vergoedt de Verzekeraar de redelijke kosten voor professionele psychologische ondersteuning van Verzekerde. De ondersteuning dient voorgeschreven te zijn door een Arts, binnen 6 maanden na het Ongeval te beginnen en wordt vergoed tot maximaal EUR 2.500,- per Verzekerde per Ongeval.

Indien de Verzekerde is komen te overlijden door een Ongeval, vergoedt de Verzekeraar de redelijke kosten voor professionele psychologische ondersteuning van de achterblijvende Partner en/of Kinderen. De ondersteuning dient voorgeschreven te zijn door een Arts, binnen 6 maanden na het Ongeval te beginnen en wordt vergoed tot maximaal EUR 2.500,- per Ongeval.

23.2.2 Seksueel misbruik of gewelddadige overval

Indien Verzekerde het slachtoffer wordt van seksueel misbruik of een gewelddadige overval vergoedt de Verzekeraar de redelijke kosten voor professionele psychologische ondersteuning, mits er een getuigenis is afgelegd of aangifte gedaan is bij de politie. De ondersteuning dient voorgeschreven te zijn door een Arts, binnen 3 maanden na de getuigenis of aangifte te beginnen en wordt vergoed tot maximaal EUR 2.500,- per Ongeval.

24. Uitsluitingen

Er is geen verplichting tot dekking onder deze verzekering voor een Ongeval terzake van:

24.1.1 Atoomkernreactie

Schade veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit: Atoomkernreacties, onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Onder atoomkernreactie wordt verstaan iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

24.1.2 Misdrijf

Als het Ongeval is ontstaan doordat Verzekerde (een poging tot) een misdrijf pleegde of aan een (poging tot) misdrijf of vechtpartij deelnam. Er is wel dekking voor schade voortvloeiende uit deelname aan een vechtpartij als de aanleiding voor deelname rechtmatige zelfverdediging was.

24.1.3 Opzet

Er is geen recht op uitkering wanneer er sprake is van:

- (een poging tot) zelfmoord of zelfverminking;
- roekeloos of opzettelijk handelen.

door of met goedvinden van of door uitlokking door:

- Verzekeringnemer;
- Verzekerde;
- Begunstigde;
- bij de verzekering belanghebbende.

24.1.4 Psychische aandoeningen

Een Ongeval ontstaan als gevolg van psychische aandoeningen, ongeacht de aard, tenzij de psychische aandoening het gevolg was van eerder ontstaan hersenletsel door een reeds onder deze verzekering gedekt Ongeval. Voor dekking moet dit medisch aantoonbaar zijn.

24.1.5 Molest

Er is geen dekking voor Molest.

24.1.6 Ongeval in/met luchtvaartuig

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

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

24.1.7 Gebruik van alcohol en soortgelijke middelen

Er is geen recht op uitkering als er sprake is van een Ongeval waarbij Verzekerde onder invloed was van alcohol, waarbij het bloedalcoholgehalte op het moment van het Ongeval 0,5 promille of hoger was of het ademalcoholgehalte 220 microgram of hoger was, of waarbij Verzekerde onder invloed was van andere bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, waarmee in ieder geval soft- en harddrugs worden bedoeld.

24.1.8 Onjuiste geneeskundige behandeling zonder Ongeval

De gevolgen van een onjuiste geneeskundige behandeling, die geen verband houden met een door Verzekerde overkomen Ongeval, vallen niet onder de dekking van deze verzekering.

24.1.9 Sport

Er bestaat geen dekking voor wintersport of voor het beoefenen van een sport tegen betaling.

24.1.10 BA-motorrijtuigenverzekering

Schades die niet gedekt worden door de minimale voorwaarden voor de verplichte BA-motorrijtuigenverzekering of schades die aanleiding geven of aanleiding hadden kunnen geven tot een gedeeltelijke of volledige vergoeding onder dezelfde minimale voorwaarden

24.1.10 Toevertrouwde fiets

Schades die ontstaan wanneer de verzekerde een garagehouder is of een persoon die zich bezighoudt met de verkoop, reparatie of pechhulp van motorvoertuigen, het exploiteren van tankstations, parkeerterreinen, autowasstraten of het controleren van de goede werking van voertuigen, wanneer het aangewezen voertuig aan hen is toevertrouwd uit hoofde van hun functie; deze uitsluiting geldt ook voor werknemers van de verzekerde.

25. Verplichtingen na een Ongeval

25.1 Aanmelding

Voor de volgende situaties geldt een aanmeldingsverplichting:

In geval van overlijden van Verzekerde door een Ongeval (Rubriek A) is Verzekeringnemer of de Begunstigde verplicht Verzekeraar hiervan zo snel als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 48 uur vóór de uitvaart in kennis te stellen.

In geval van een Ongeval, waaruit een recht op uitkering onder Rubriek B zou kunnen ontstaan, is/zijn Verzekeringnemer en/of de Begunstigde verplicht Verzekeraar zo snel als redelijkerwijs mogelijk is, op de hoogte te brengen van het Ongeval.

25.2 Verplichtingen van de Begunstigde in geval van overlijden

In geval van overlijden van Verzekerde door een Ongeval is de Begunstigde verplicht, indien verzocht, medewerking te verlenen aan alle maatregelen die dienen om de doodsoorzaak vast te stellen.

25.3 Verplichtingen van Verzekerde na een Ongeval

Verzekerde is verplicht om na een Ongeval:

- Zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs nodig is;
- Alles in het werk te stellen om het herstel te bevorderen, waaronder tenminste wordt verstaan het opvolgen van de voorschriften van de behandelende Arts;
- Zich te laten onderzoeken door een door Verzekeraar aan te wijzen Arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door Verzekeraar aan te wijzen Ziekenhuis of andere medische inrichting. De kosten van het onderzoek zijn voor rekening van Verzekeraar;
- Tijdig Verzekeraar in kennis te stellen bij vertrek naar het buitenland;
- Alle door Verzekeraar nodig geachte gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan Verzekeraar of aan de door hen aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de Blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

25.4 Verplichtingen van Verzekeringnemer na een Ongeval

Verzekeringnemer verplicht zich om na een Ongeval conform het onderstaande te handelen:

- Verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen bij het nakomen van de in art. 25.1 t/m 25.3 genoemde verplichtingen.
- Voor zover de Verzekerde personen niet met naam worden genoemd, kan Verzekeraar van Verzekeringnemer verlangen aan te tonen dat een persoon voor wie uitkering wordt gevraagd, ten tijde van het Ongeval deel uitmaakte van de groep Verzekerden. Verzekeringnemer is verplicht Verzekeraar toegang te geven tot zijn administratie.
- Verzekeringnemer is tevens verplicht alle door Verzekeraar nodig geachte gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan Verzekeraar of aan de door hen aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de Blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

25.5 Niet-nakoming

Er is geen dekking onder de verzekering indien een van de volgende personen de genoemde verplichtingen in art. 25.1 t/m 25.4 niet is nagekomen en daardoor de belangen van Verzekeraar heeft geschaad alsmede wanneer dit is gebeurd met de opzet de Verzekeraar te misleiden:

- Verzekeringnemer;
- Verzekerde;
- Begunstigde.

Met uitzondering van de situatie waarin de misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

26. Begrippenlijst

26.1 Arts

Een beoefenaar van de geneeskunde, welke is afgestudeerd aan een medische faculteit welke vermeld wordt in de “Directory of Medical Schools of the World Health Organisation”, die in het bezit is van een vergunning van de medische autoriteiten van het land waar zijn praktijk wordt uitgeoefend en die praktiserend is binnen het kader van de van toepassing zijnde vergunning en opleiding. Niet zijnde een familielid van Verzekerde.

26.2 Begunstigde(n)

De (rechts)persoon die op de polis of door schriftelijke mededeling is aangewezen tot het ontvangen van de uitkering.

Tenzij anders is overeengekomen geschiedt de uitkering:

- In geval van overlijden van Verzekerde aan diens echtgeno(o)t(e) en bij ontbreken van deze, aan de wettige erfgenamen van Verzekerde en bij ontstentenis daarvan aan hun rechtverkrijgenden.
- In geval van Blijvende invaliditeit aan Verzekerde, doch voor minderjarigen aan de (pleeg)ouders.

De Belgische Staat dan wel de overheid van enig ander land kan nimmer als de tot uitkering gerechtigde optreden.

26.3 Blijvende invaliditeit

Geheel of gedeeltelijk blijvend (functie)verlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam van Verzekerde.

26.4 Gebeurtenis

Een voorval of een reeks met elkaar verband houdende voorvallen die dezelfde oorzaak hebben.

26.5 Jaarloon

Het loon, dat over een periode van 12 maanden direct voorafgaand aan het Ongeval door Verzekeringnemer aan een Verzekerde werd betaald en aan de belastingdienst is/zal worden opgegeven.

Als Verzekerde nog geen 12 maanden in dienst van Verzekeringnemer was, zal het loon op pro rata basis worden uitgekeerd alsof de Verzekerde 12 maand in dienst was.

26.6 Kind

Ongehuwde wettige kinderen van Verzekerde, onder de 27 jaar die:

- thuiswonend zijn;
- uitwonend zijn en een erkende voltijdsstudie volgen of hiervoor ingeschreven staan.

26.7 Molest

Buitengewone omstandigheden als gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij.

26.8 Land van Woonplaats

Het land waarin Verzekerde woont of van plan is te wonen voor een periode van 6 maanden of langer op grond van een aanstelling door Verzekeringnemer.

26.9 Ongeval

Een gedekte gebeurtenis waarbij Verzekerde plotseling onafhankelijk van zijn wil wordt getroffen door een van buitenaf rechtstreeks op hem inwerkend geweld, waardoor hem in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht al dan niet met de dood als gevolg, mits er aan alle navolgende eisen wordt voldaan:

- Aard en plaats van het letsel of de dood zijn geneeskundig vast te stellen.
- Het letsel is niet opzettelijk door Verzekerde toegebracht.

- Het letsel vloeit niet voort uit een ziekte of een geneeskundige behandeling, voor zover deze behandeling geen verband houdt met een door Verzekerde overkomen Ongeval.
- Het overlijden of het lichamelijke letsel is uitsluitend veroorzaakt door het ongeval.

26.10 Paraplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee onderste ledematen, blaas en rectum.

26.11 Partner

Als Partner wordt onder deze verzekering erkend de persoon die één van onderstaande relaties heeft tot de Verzekerde:

- De echtgeno(o)t(e)
- De geregistreerd partner
- De persoon waarmee een notarieel samenlevingscontract is gesloten
- De persoon waarmee meer dan één jaar op 1 adres wordt samengewoond en waarmee er een de meenschappelijke huishouding gevoerd wordt, met uitsluiting van familieleden.

26.12 Quadriplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee bovenste ledematen en de twee onderste ledematen.

26.13 Triplegie

De blijvende en volledige verlamming van drie van de vier ledematen.

26.14 Verlies van een ledemaat

In het geval van een been of onderste ledemaat:

- verlies door blijvende lichamelijke scheiding aan of boven de enkel;
- blijvend en volledig verlies van het gebruik van een complete voet of een compleet been.

In het geval van een arm of bovenste ledemaat:

- verlies door blijvende lichamelijke scheiding van de vier vingers aan of boven de meta-carpo-phalangeal gewrichten;
- blijvend en totaal verlies van een complete arm of hand.

26.15 Verlies van zicht

Blijvend en volledig verlies van gezichtsvermogen:

- van beide ogen;
- in één oog wanneer de zichtgraad na correctie 1/20 of minder is op de Snellen schaal.

26.16 Verzekeraar

Zurich Insurance Europe AG, Belgisch bijkantoor gevestigd Da Vincilaan 5 te 1930 Zaventem, België

BE 0882.245.682 - NBB: 2079

26.17 Verzekerde

De perso(o)n(en) die als zodanig op het polisblad wordt/worden vermeld.

26.18 Verzekeringnemer

Degene, die als zodanig op het polisblad wordt vermeld, en de premie is verschuldigd.

26.19 Ziekenhuis

Een instelling voor medische behandeling van bedlegerige patiënten welke:

- Diagnostische en heilkundige voorzieningen heeft;
- 24 uur per dag verpleegkundig personeel heeft;
- Onder toezicht van Artsen staat en;

- Geen verpleegtehuis, rusthuis, bejaardentehuis of psychiatrische instelling (ook voor gedragsstoornissen), sanatorium of kliniek voor de behandeling van alcohol- of drugsverslaafden is; zelfs wanneer dit zich op dezelfde locatie bevindt.



Zurich Insurance Europe AG is een vennootschap met beperkte aansprakelijkheid naar Duits recht. Gereguleerd door de Federale Toezichthoudende Autoriteit (BaFin).
Maatschappelijke zetel: Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt a.M., Duitsland. Ingeschreven in het Register Hof van Frankfurt a.M. onder nummer 133359.

Handelend in België onder de naam Zurich Insurance Europe AG, Belgisch bijkantoor, Da Vincilaan 5 – Caprese, 1930 Zaventem.
KBO-nummer: 0882.245.682, NBB nummer: 2079

Verzekeringsattest

Aon Belgium bv, Telecomlaan, 5-7 - 1831 DIEGEM, in naam van:

Zurich Insurance Europe AG

Da Vincilaan 5 – Caprese

BE-1930 ZAVENTEM

Dit document bevestigt dat Zurich Insurance Europe AG vertegenwoordigd door Aon Belgium BV de Persoonlijke ongevallen verzekert in overeenstemming met de voorwaarden van de polis waarnaar hieronder verwezen wordt. Dit verzekeringsattest verlengt, verbetert of wijzigt in geen geval de Algemene of Bijzondere Voorwaarden voorzien door deze polis. Dit verzekeringsattest is louter uitgegeven ter informatie van de verzekeringsnemer of de geadresseerde van dit attest.

Polisnummer:	5039072
Aanvangsdatum:	01/01/2026
Vervaldag:	31/12/2026

VERZEKERINGSNEMER	:	DPG MEDIA Medialaan 1 B-2018 Antwerpen
-------------------	---	--

VERZEKERDEN	:	De medewerkers en deelnemers van producties van DPG Media
-------------	---	--

VERZEKERDE WAARBORGEN	:	Overlijden door een Ongeval EUR 250.000 Blijvende invaliditeit door een Ongeval EUR 250.000 Tijdelijke ongeschiktheid na Ongeval EUR 100 per dag (vanaf 21e dag en max 365 dagen) Medische kosten na Ongeval EUR 5.000 (secundair - na tussenkost mutualiteit)
-----------------------	---	---

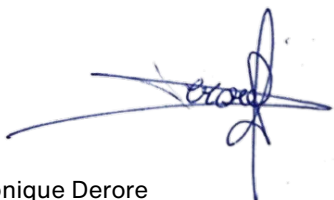
Attest geadresseerd aan : Elke belanghebbende

Aard van het attest :

Dit attest bevestigt dat de bovenvermelde polis onderschreven werd. De Bijzondere en Algemene Voorwaarden van de polis blijven onverminderd van toepassing.

Hoogachtend,

Voor Zurich Insurance Europe AG



Véronique Derore
Broker

