Algemene Voorwaarden

Collectieve verzekering
Gemeen Recht

INHOUD **BLADZIJDE**

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

ART. 1 OMSCHRIJVING VAN DE IN DE TEKST GEBRUIKTE BEGRIPPEN 2

VOORWERP EN OMVANG VAN DE DEKKING

ART. 2 BASISDEKKING 3
ART. 3 DEKKING BIJ SPORTONGEVAL 3
ART. 4 OMVANG VAN DE DEKKINGEN 3
ART. 5 VERZEKERINGSGEBIED 6
ART. 6 VERLIES VAN DE HOEDANIGHEID VAN VERZEKERDE 6
ART. 7 VOORAFBESTAANDE OF INTERCURRENTE TOESTAND 6
ART. 8 UITSLUITINGEN 6

VERZEKERD RISICO

ART. 9 MEDEDELING VAN HET RISICO 7
ART. 10 VERMINDERING VAN HET RISICO 8
ART. 11 VERZWARING VAN HET RISICO 8

LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN DE OVEREENKOMST

ART. 12 INWERKINGTREDING 9
ART. 13 DUUR 9
ART. 14 VERANDERING VAN VERZEKERINGNEMER 9
ART. 15 OPZEGGING 9

PREMIE

ART. 16 BETALING 10
ART. 17 BEREKENINGSWIJZE 10
ART. 18 NIET-BETALING VAN DE PREMIE 11
ART. 19 CONTROLE 12
ART. 20 WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN OF VAN HET TARIEF 12

SCHADEGEVAL

ART. 21 MEDEDELING 12
ART. 22 SUBROGATIE 13
ART. 23 MEDISCHE EXPERTISE 13

ALLERLEI BEPALINGEN

ART. 24 MEERDERE VERZEKERINGNEMERS 13
ART. 25 KEUZE VAN WOONPLAATS 14
ART. 26 TOEPASSELIJKE WET 14

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

ART. 1. OMSCHRIJVING VAN DE IN DE TEKST GEBRUIKTE BEGRIPPEN

De gedefinieerde begrippen zijn alfabetisch gerangschikt.

Begunstigde

Degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn.

Consolidatiedatum

Datum waarop de toestand van de verzekerde als definitief wordt beschouwd. Deze datum mag in geen geval na het verstrijken van een termijn van 3 jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, gelegen zijn.

Ongeval

Plotselinge gebeurtenis die een lichamelijk letsel teweegbrengt en waarvan de oorzaak of een van de oorzaken gelegen is buiten het organisme van de getroffene.
Dit begrip wordt geïnterpreteerd overeenkomstig de rechtspraak met betrekking tot de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971.

Ongeval van beroepsleven

Ongeval dat de verzekerde overkomt tijdens en door het feit van de beroepsactiviteit die hij in het kader van de aangeduide onderneming uitoefent ten bate van de verzekeringnemer.
Het ongeval overkomen tijdens de uitoefening van de beroepsactiviteit wordt, behoudens tegenbewijs, geacht als overkomen door het feit van die activiteit.
De weg van en naar het werk, in de zin van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, die betrekking heeft op deze beroepsactiviteit, is gelijkgesteld met de beroepsactiviteit.

Ongeval van het privé-leven

Ongeval dat zich niet voordoet tijdens en door het feit van de beroepsactiviteit die ten bate van de verzekeringnemer uitgeoefend wordt.
Gedekt zijn de beroepsactiviteiten die als werknemer of als zelfstandige uitgeoefend worden ten bate van andere personen dan de verzekeringnemer, behalve dakwerken en werken op een hoogte van meer dan 5 meter. Als in het kader van deze activiteiten toepassing is van de arbeidsongevallenwet, privé- of overheidssector, zullen de gewaarborgde vergoedingen slechts verschuldigd zijn op het eventuele deel van het loon, zoals dit vastgesteld is voor de prestaties van het privé-leven, dat meer bedraagt dan het loon dat in aanmerking genomen wordt voor de vergoeding volgens de van toepassing zijnde arbeidsongevallenwet, privé- of overheidssector.

Verzekerde

Diegene(n) in wiens persoon het risico van het zich voordoen van het ongeval gelegen is.
Deze personen zijn :
- met naam vermeld in de bijzondere voorwaarden,
  en/of
- niet met naam vermeld in de bijzondere voorwaarden, maar vormen ofwel een bepaalde identificeerbare groep van personen, ofwel een bepaald deel van of het volledige bezoldigde personeel van de verzekeringnemer.

Verzekeringnemer

Diegene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij sluit.

Werkelijk loon

Het brutoloon van de verzekerde, zonder enige afhouding, met inbegrip van alle voordelen, dat toegekend werd in de 12 maanden die het ongeval voorafgingen.

VOORWERP EN OMVANG VAN DE DEKKING

ART. 2. BASISDEKKING

De maatschappij waarborgt de betaling van de vergoedingen die vermeld zijn in deze overeenkomst als de verzekerde een ongeval oploopt tijdens zijn beroeps- en of privé-leven, naargelang van wat voorzien is in de bijzondere voorwaarden.

Naargelang van wat voorzien is in de bijzondere voorwaarden, worden de vergoedingen berekend hetzij op basis van een overeengekomen jaarloon, hetzij op basis van het werkelijke loon.

De vergoedingen zijn verschuldigd :

a. voor de arbeids- of arbeidswegongevallen die gedekt zijn krachtens artikel 1, op het gedeelte van de toegekende bezoldiging dat de bezoldiging die voor de wettelijke schadeloosstelling in aanmerking wordt genomen, overschrijdt;
b. voor de andere ongevallen op het volledige bedrag van de bezoldiging.

Als de vergoedingen berekend worden op basis van het werkelijke loon, is dit werkelijke loon het loon dat toegekend werd in de 12 maanden die het ongeval voorafgingen.

Als de verzekerde op het ogenblik van het ongeval sedert minder dan 12 maanden in dienst is of tijdelijk inactief is sedert minder dan 12 maanden ten gevolge van een ongeval, een ziekte of een bevalling, wordt het loon verhoogd met de prorata die vereist is om de 12 maanden volledig te maken.

Als de verzekerde op het ogenblik van het ongeval sedert meer dan 12 opeenvolgende maanden afwezig is ten gevolge van ongeval, ziekte of bevalling, is de dekking niet verworven, tenzij de verzekeringnemer het loon van deze verzekerde aangegeven heeft overeenkomstig artikel 17.2.3. In dit laatste geval worden de vergoedingen berekend op basis van het aangegeven loon.

ART. 3. DEKKING BIJ SPORTONGEVAL

3.1. Gedekt zijn de ongevallen overkomen tijdens de beoefening als amateur van alle sporten, behalve de ongevallen die voortvloeien uit de volgende activiteiten :
   a. gemotoriseerde sporten in wedstrijdverband of tijdens de voorbereiding daarop;
   b. vlieg- en luchtsporten (zoals valschermspringen, zweefvliegen, ULM, heteluchtballon, deltavliegen, parapente, benji....);
   c. vecht- en verdedigingssporten, met uitzondering van judo.

3.2. De sporten, welke ook, die beroepshalve worden beoefend, zijn niet gedekt.

ART. 4. OMVANG VAN DE DEKKINGEN

4.1. Overlijden

1. Het kapitaal overlijden wordt uitgekeerd wanneer het overlijden ten gevolge van een gedekt ongeval uiterlijk 3 jaar op het ongeval volgt.

2. Het kapitaal wordt uitgekeerd aan de echtgenoot van de verzekerde die noch uit de echt, noch van tafel en bed gescheiden is, bij ontstentenis aan zijn kinderen die geboren zijn of geboren zullen worden, bij ontstentenis aan de wettelijke erfgenamen (met uitsluiting van elke Staat en van de gewone of bevoorrechte schuldeisers), voorzover er geen begunstigde aangeduid is in de bijzondere voorwaarden.

3. Bij gebrek aan begunstigde beperkt de maatschappij haar tussenkomst tot het terugbetalen van de begrafeniskosten, tot beloop van het kapitaal overlijden, aan de persoon die ze gemaakt heeft.

4. De begunstigde die vrijwillig het ongeval veroorzaakt heeft, wordt van elk recht op vergoeding vervallen verklaard.

5. Het kapitaal overlijden wordt niet gecumuleerd met het kapitaal of de provisie voor "blijvende invaliditeit".

4.2. Blijvende invaliditeit

1. In geval van volledige blijvende invaliditeit ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij het in de bijzondere voorwaarden voorziene kapitaal.

   In geval van gedeeltelijke blijvende invaliditeit ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij het percentage van het kapitaal dat met de invaliditeitsgraad overeenstemt.

2. De invaliditeitsgraad wordt vastgesteld op basis van de officiële Belgische schaal der invaliditeiten (O.B.S.I.) die van kracht is op de consolidatiedatum.
   Voor de hulp van een derde is geen vergoeding verschuldigd.

3. De blijvende invaliditeit wordt als volledig beschouwd zodra de invaliditeitsgraad 67 % bereikt.

4. Indien meerdere gedeeltelijke blijvende invaliditeiten voortvloeien uit eenzelfde ongeval, kan de door de maatschappij verschuldigde vergoeding nooit het in geval van volledige blijvende invaliditeit voorziene kapitaal overschrijden.

5. De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld op de consolidatiedatum.
   Indien de toestand van de getroffene één jaar na het ongeval geen consolidatie toelaat, betaalt de maatschappij, op verzoek, een provisie die niet de helft overschrijdt van het bedrag dat overeenstemt met de vermoede invaliditeit. Deze provisie kan slechts aangevraagd worden wanneer de vermoede invaliditeitsgraad ten minste 20 % bereikt. Als het bedrag van de provisie op de consolidatiedatum groter blijkt te zijn dan de uiteindelijk verschuldigde vergoeding, blijft het overschot verworven, behalve in geval van bedrog.

6. Het kapitaal wordt uitgekeerd aan de getroffene.

7. Door het feit van de betaling van het kapitaal ziet de maatschappij af van elke eis tot herziening in geval van een verbetering van de gezondheidstoestand van de getroffene en zien de begunstigden af van elke eis tot herziening in geval van overlijden of in geval van verslechtering van de gezondheidstoestand van de getroffene.

4.3. Tijdelijke ongeschiktheid

1. In geval van tijdelijke ongeschiktheid ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij de in de bijzondere voorwaarden voorziene dagelijkse vergoeding, vanaf de eerste dag die volgt op het verstrijken van de wachttijd en tot op de consolidatiedatum, maar ten laatste tot op de datum die overeenstemt met het verstrijken van de in de bijzondere voorwaarden voorziene vergoedingsperiode.

   Onder wachttijd wordt verstaan de periode die aanvangt op de dag van het ongeval en gedurende dewelke geen enkele dagelijkse vergoeding verschuldigd is. Deze wachttijd is voorzien in de bijzondere voorwaarden.

2. De dagelijkse vergoeding wordt volledig betaald zolang de getroffene volledig ongeschikt is om zijn activiteiten in dienst van de verzekeringnemer uit te oefenen.
   Als de getroffene een deel van zijn activiteiten in dienst van de verzekeringnemer kan uitoefenen, wordt de vergoeding proportioneel verminderd.

3. Als de getroffene voor het ongeval dagelijkse vergoedingen kan ontvangen krachtens de Belgische wetgeving op de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, betaalt de maatschappij de contractuele vergoeding onder aftrek van genoemde vergoedingen.

4. De dagelijkse vergoeding wordt uitgekeerd aan de getroffene of aan de verzekeringnemer, indien deze het loon voorgeschoten heeft.

4.4. Behandelings- en ziekenhuiskosten

1. Deze kosten worden gewaarborgd vanaf de dag van het gedekte ongeval tot op de consolidatiedatum, tot beloop van het in de bijzondere voorwaarden voorziene bedrag. De tegemoetkoming van de maatschappij in de vergoeding van de ziekenhuiskosten en de erelonen van specialisten is beperkt tot het bedrag dat in het kader van de wet op de arbeidsongevallen in aanmerking wordt genomen.

2. Worden met behandelingskosten gelijkgesteld :
   - kosten voor prothesen, orthopedie en posttraumatische revalidatie,
   - kosten voor esthetische chirurgie die de gevolgen van een gewaarborgd ongeval moet verhelpen,
   - kosten voor het opsporen en redden van een verzekerde naar aanleiding van een gedekt ongeval,
   - op de dag van het ongeval gemaakte vervoerkosten alsook de kosten die de behandeling meebrengt,
   - bij een ongeval in het buitenland, de bijkomende hotel- en repatriëringskosten van de getroffene, die om medische redenen gerechtvaardigd zijn, alsmede de kosten voor het repatriëren van het stoffelijk overschot.

3. De maatschappij vergoedt de kosten nadat de instellingen van sociale zekerheid, de instellingen die de gevolgen van arbeidsongevallen of ongevallen van en naar het werk dekken of die de behandelings- en ziekenhuiskosten terugbetalen, hun tussenkomst hebben verleend.

4. Het verzekerd bedrag wordt verdubbeld voor de ongevallen die zich buiten Europa voordoen.

5. De kosten worden terugbetaald aan de persoon die ze gemaakt heeft.

4.5. Werkgeversaansprakelijkheid

1. Als de verzekerde persoon, die het slachtoffer is van een gedekt ongeval overkomen tijdens het werk, of zijn rechtverkrijgenden zich tegen de verzekeringnemer keren als aansprakelijke of burgerrechtelijke aansprakelijke in hoedanigheid van werkgever, dekt de maatschappij de verzekeringnemer tegen de geldelijke gevolgen van zijn eventuele extracontractuele burgerrechtelijke aansprakelijkheid krachtens de artikelen 1382 en volgende van het burgerlijk wetboek of krachtens gelijkaardige buitenlandse wetsbepalingen wanneer de Belgische wetgeving op de forfaitaire vergoeding van arbeidsongevallen niet van toepassing is.

2. Deze dekking wordt verleend tot een bedrag van 500.000 EUR per ongeval ongeacht het aantal getroffenen. Geldboeten, afkoop van vervolging en strafvervolgingskosten komen nooit ten laste van de maatschappij.

3. Deze waarborg kan niet gecumuleerd worden met de vergoedingen die voorzien zijn in de overeenkomst.

4. Bij schadegeval moet de verzekeringnemer :
   - alle gerechtelijke en buitengerechtelijke stukken onmiddellijk na de kennisgeving, de betekening of de terhandstelling overmaken aan de maatschappij, bij verzuim waarvan de verzekeringnemer de maatschappij moet vergoeden voor de schade die zij geleden heeft,
   - verschijnen en zich onderwerpen aan de door de rechtbank bevolen onderzoeksmaatregelen, bij verzuim waarvan hij de schade moet vergoeden die de maatschappij zou hebben geleden.

5. Wanneer de verzekeringnemer de getroffene of zijn rechthebbenden heeft vergoed of hen een vergoeding heeft toegezegd, zonder de toestemming van de maatschappij, kan zulks tegen deze laatste niet worden ingeroepen. Het erkennen van feiten of het verstrekken van eerste geldelijke of medische hulp door de verzekeringnemer kunnen voor de maatschappij geen grond opleveren om haar dekking te weigeren.

6. Leiding van het geschil en strafrechtelijke vervolgingen

Vanaf het ogenblik dat de maatschappij tot het geven van dekking is gehouden en voorzover deze wordt ingeroepen, is zij verplicht het voor de verzekeringnemer op te nemen binnen de perken van de dekking.
Ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en in zoverre de belangen van de maatschappij en van de verzekeringnemer samenvallen, heeft de maatschappij het recht om, in de plaats van de verzekeringnemer, de vordering van de getroffene of zijn rechthebbenden te bestrijden. Zij kan deze laatsten vergoeden indien daartoe grond bestaat.

De tussenkomsten van de maatschappij houden geen enkele erkenning in van aansprakelijkheid vanwege de verzekeringnemer en zij mogen hem ook geen nadeel berokkenen.

ART. 5. VERZEKERINGSGEBIED

De verzekering geldt over de gehele wereld.

ART. 6. VERLIES VAN DE HOEDANIGHEID VAN VERZEKERDE

6.1. Wanneer de persoon geen beroepsactiviteit ten bate van de verzekeringnemer meer uitoefent.

6.2. Op de jaarlijkse vervaldatum die volgt op de 70ste verjaardag van de verzekerde.

De verzekering kan echter verdergezet worden tot het verstrijken van het jaar waarin de verzekerde 75 jaar wordt, op voorwaarde dat er vooraf en jaarlijks een doktersattest voorgelegd wordt dat goedgekeurd is door de maatschappij.

ART. 7. VOORAFBESTAANDE OF INTERCURRENTE TOESTAND

7.1. Als de gevolgen van het ongeval verergerd zijn door een lichaamsgesteldheid, een ziekte of een gebrek, hetzij voorafbestaand of intercurrent, die niet rechtstreeks uit het ongeval voortvloeien, dan zal de vergoeding enkel overeenstemmen met de gevolgen die het ongeval zou hebben gehad bij een volledig gezonde persoon.

7.2. Als het ongeval zonder lichaamsgesteldheid, ziekte of gebrek, hetzij voorafbestaand of intercurrent, geen enkel gevolg gehad zou hebben bij een volledig gezonde persoon, is er geen tussenkomst van de maatschappij.

ART. 8. UITSLUITINGEN

8.1. Zijn uitgesloten de ongevallen die voortvloeien uit :

1. alcoholintoxicatie van meer dan 1,5 g/l bloed, gebruik van verdovingsmiddelen of gelijkaardige producten;

2. de deelname aan weddenschappen, uitdagingen of kennelijk roekeloze handelingen;

3. opzet van de verzekeringnemer, van de getroffene of de rechtverkrijgende;

4. een aardbeving of een andere natuurramp overkomen in België;

5. daden van terrorisme, sabotage, aanslagen of aanrandingen, tenzij bewezen is dat de getroffene er niet actief aan heeft deelgenomen, wettelijke zelfverdediging uitgezonderd;

6. oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog.
Ongevallen die voortvloeien uit oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog, zijn evenwel gedekt wanneer de getroffene in het buitenland verrast wordt door het begin van de vijandelijkheden en er een ongeval heeft binnen een termijn van 14 dagen vanaf het begin van de vijandelijkheden. Deze termijn kan worden verlengd tot op het ogenblik dat de getroffene over de nodige middelen beschikt om het grondgebied te verlaten. De dekking wordt in geen geval verleend, wanneer de getroffene actief aan deze vijandelijkheden heeft deelgenomen;

7. een zware ziekte zoals blindheid, doofheid, verlamming, epilepsie, beroerte, delirium tremens, geestesstoornissen of zenuwinzinking;

8. wijziging van de atoomkern, radioactiviteit, voortbrenging van ioniserende stralingen van alle aard, uiting van schadelijke eigenschappen van kernbrandstoffen of nucleaire substanties of radioactieve producten of afvalstoffen.

8.2. Uitgesloten zijn letsels en de gevolgen daarvan die voortvloeien uit ingrepen of behandelingen die de verzekerde op zijn eigen persoon uitvoert, behalve als dit is om de gevolgen van een gedekt ongeval te verminderen en omdat hij in de onmogelijkheid verkeerde te gepasten tijde de nodige zorgen te ontvangen.

8.3. Aangezien zelfmoord en zelfmoordpoging geen ongeval zijn, zijn zij eveneens uitgesloten.

8.4 In geval van terugroeping bij het leger, blijft de dekking behouden voor andere gevallen dan die welke voortvloeien uit de uitvoering van de eigenlijke militaire prestaties.

VERZEKERD RISICO

ART. 9. MEDEDELING VAN HET RISICO

De verzekeringnemer is verplicht bij het sluiten van de overeenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de maatschappij.

9.1. Wanneer de maatschappij vaststelt dat er gegevens onopzettelijk zijn verzwegen of onopzettelijk onjuist zijn meegedeeld, stelt zij binnen de termijn van een maand te rekenen van de dag waarop zij er kennis van heeft gekregen, voor de overeenkomst te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of het onjuist meedelen.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd, kan zij de overeenkomst opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van de overeenkomst wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, na het verstrijken van de termijn van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de maatschappij de overeenkomst opzeggen binnen 15 dagen.

Als de maatschappij de overeenkomst niet heeft opgezegd noch een wijziging heeft voorgesteld binnen de hiervoren bepaalde termijnen, kan zij zich nadien niet meer beroepen op feiten die haar bekend waren.

9.2. Indien zich een schadegeval voordoet voordat de wijziging van de overeenkomst of de opzegging van kracht is geworden, en het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet aan de verzekeringnemer kan worden verweten, is de maatschappij tot de overeengekomen prestatie gehouden.

9.3. Indien zich een schadegeval voordoet voordat de wijziging van de overeenkomst of de opzegging van kracht is geworden, en het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens aan de verzekeringnemer kan worden verweten, is de maatschappij slechts tot prestatie gehouden op basis van de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer zou hebben moeten betalen, indien hij het risico naar behoren had meegedeeld.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het risico, waarvan de ware aard door het schadegeval aan het licht komt, in geen geval zou hebben verzekerd, wordt haar prestatie beperkt tot het betalen van een bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies.

9.4. Wanneer de maatschappij vaststelt dat gegevens opzettelijk werden verzwegen of opzettelijk onjuist werden meegedeeld, waardoor zij misleid werd bij de beoordeling van het risico, is de overeenkomst nietig. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

ART. 10. VERMINDERING VAN HET RISICO

Wanneer, tijdens de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, het risico dat de verzekerde gebeurtenis zich voordoet, aanzienlijk en blijvend verminderd is en wel zo dat de maatschappij, indien die vermindering bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, is zij verplicht een overeenkomstige vermindering van de premie toe te staan vanaf de dag waarop zij van de vermindering van het risico kennis heeft gekregen.

Als de maatschappij en de verzekeringnemer het over de nieuwe premie niet eens worden binnen een maand na de aanvraag tot vermindering door de verzekeringnemer, kan deze laatste de overeenkomst opzeggen.

ART. 11. VERZWARING VAN HET RISICO

11.1. De verzekeringnemer heeft de verplichting in de loop van de overeenkomst, onder de voorwaarden van artikel 9, de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen van de omstandigheden aan te geven die van aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico dat de verzekerde gebeurtenis zich voordoet, te bewerkstelligen.

Wanneer tijdens de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst het risico dat de verzekerde gebeurtenis zich voordoet zo verzwaard is dat de maatschappij, indien die verzwaring bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, moet zij binnen een termijn van een maand, te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwaring kennis heeft gekregen, de wijziging van de overeenkomst voorstellen met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het verzwaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, kan zij de overeenkomst opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van de overeenkomst wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, bij het verstrijken van een termijn van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet wordt aanvaard, kan de maatschappij de overeenkomst opzeggen binnen 15 dagen.

Indien de maatschappij de overeenkomst niet heeft opgezegd noch een wijziging heeft voorgesteld binnen de hiervoor bepaalde termijn, kan zij zich later niet meer beroepen op de verzwaring van het risico.

11.2. Indien zich een schadegeval voordoet voordat de wijziging van de overeenkomst of de opzegging van kracht is geworden en terwijl de verzekeringnemer de in artikel 11.1. bedoelde meldingsplicht heeft vervuld, is de maatschappij tot de overeengekomen prestatie gehouden.

11.3. Indien zich een schadegeval voordoet en de verzekeringnemer de in artikel 11.1. bedoelde verplichting niet heeft vervuld :

- is de maatschappij ertoe gehouden de overeengekomen prestatie te leveren, wanneer het ontbreken van de kennisgeving aan de verzekeringnemer niet kan worden verweten;

- is de maatschappij er slechts toe gehouden haar prestatie te leveren naar de verhouding tussen de bedoelde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen, indien de verzwaring in aanmerking was genomen, wanneer het ontbreken van de kennisgeving aan de verzekeringnemer kan worden verweten.

Zo de maatschappij evenwel het bewijs aanbrengt dat zij het verzwaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, dan is haar prestatie bij een schadeverwekkende gebeurtenis beperkt tot de terugbetaling van alle betaalde premies.

11.4. Als de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, kan de maatschappij haar dekking weigeren.

De premies die zijn vervallen tot op het ogenblik waarop de maatschappij van het bedrog kennis heeft gekregen, komen haar toe als schadevergoeding.

LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN DE OVEREENKOMST

ART. 12. INWERKINGTREDING

De dekking gaat in op de in de bijzondere voorwaarden vastgestelde datum en uur en bij ontstentenis om nul uur en na betaling van de eerste premie.

ART. 13. DUUR

De duur van de overeenkomst is één jaar.

Behalve als een van de partijen zich ertegen verzet bij een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs minstens drie maanden vóór de vervaldag van de overeenkomst, wordt ze stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van een jaar.

De overeenkomst wordt van rechtswege beëindigd op de datum van definitieve stopzetting van de activiteiten van het verzekerde risico.

ART. 14. VERANDERING VAN VERZEKERINGNEMER

In geval van behoud van de activiteit maar van verandering van natuurlijke persoon of rechtspersoon, ongeacht de juridische vorm, verplichten de verzekeringnemer of zijn erfgenamen of rechtverkrijgenden zich ertoe de overeenkomst door hun opvolgers te laten voortzetten.

Bij niet-naleving van die verplichting kan de maatschappij van de verzekeringnemer of van zijn erfgenamen of rechtverkrijgenden en afgezien van de vervallen premies, een opzeggingsvergoeding eisen die gelijk is aan de laatste jaarlijkse premie. De overeenkomst vervalt dan op de datum van die verandering of die overname.

De maatschappij mag evenwel de overdracht van de overeenkomst weigeren en haar opzeggen. In dat geval moet de maatschappij de dekking van de huidige overeenkomst verstrekken tot het verstrijken van een termijn van 45 dagen die begint te lopen op de dag waarop de aangetekende opzeggingsbrief, die door de maatschappij aan de verzekeringnemer is gericht, bij de post werd afgegeven. De maatschappij heeft dan nog recht op de vervallen premies die overeenstemmen met de gedekte periodes.

ART. 15. OPZEGGING

15.1. Elke betekening van opzegging gebeurt hetzij bij een ter post aangetekende brief, hetzij bij deurwaardersexploot, hetzij door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

Behoudens andersluidende bepaling in de overeenkomst, heeft de opzegging pas uitwerking na verloop van een maand te rekenen van de dag na die waarop de aangetekende brief per post is afgegeven, van de betekening of van de datum van het ontvangstbewijs.

De opzegging van de overeenkomst door de maatschappij na het zich voordoen van het schadegeval wordt van kracht bij de betekening wanneer de verzekeringnemer een van zijn verplichtingen niet nagekomen is met de bedoeling de maatschappij te bedriegen.

Wanneer de overeenkomst opgezegd wordt, worden de betaalde premies betreffende de verzekeringsperiode na de uitwerkingsdatum van de opzegging terugbetaald binnen 15 dagen te rekenen van de uitwerking van de opzegging.

Bij gedeeltelijke opzegging of bij enige andere vermindering van de verzekeringsprestaties, wordt deze bepaling slechts toegepast op het gedeelte van de premies dat met die vermindering overeenstemt en in de mate van die vermindering.

15.2. De verzekeringnemer mag de overeenkomst opzeggen :

1. na het zich voordoen van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de uitbetaling van de schadevergoeding of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding;

2. in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief, overeenkomstig artikel 20;

3. in geval van vermindering van het risico, overeenkomstig artikel 10.

15.3. De maatschappij mag de overeenkomst opzeggen :

1. na het overkomen van een schadegeval, uiterlijk een maand na de betaling of weigering tot betaling van de vergoeding;

2. in geval van onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens over het risico bij de afsluiting van de overeenkomst, onder de voorwaarden bepaald in artikel 9;

3. in geval van een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico van voorvallen van de verzekerde gebeurtenis, onder de voorwaarden bepaald in artikel 11;

4. in geval van verandering van verzekeringnemer overeenkomstig artikel 14;

5. in geval van faillissement of gerechtelijk akkoord;

6. wanneer de verzekeringnemer in gebreke blijft bij de betaling van premies, bijpremies of bijkomende kosten overeenkomstig artikel 18 of wanneer hij de lonen niet aangeeft binnen de vastgestelde termijnen, overeenkomstig artikel 17.2.2.;

7. in geval van weigering van de verzekeringnemer om de maatregelen ter voorkoming van schadegevallen te nemen die de maatschappij noodzakelijk acht;

8. in geval van wijziging aan het Belgische of buitenlandse recht die de omvang van de dekking kan beïnvloeden.

PREMIE

ART. 16. BETALING

De premie is een haalschuld. Toezending van een vervaldagbericht of een verzoek om betaling komt overeen met het aanbieden van de premiestaat.

Wanneer de premie niet rechtstreeks aan de maatschappij wordt betaald, is de premiebetaling bevrijdend wanneer ze gedaan wordt aan de verzekeringstussenpersoon die houder is van de door de maatschappij opgestelde premiestaat of die bij het sluiten of bij de uitvoering van de overeenkomst bemiddeld heeft.

De premies worden verhoogd met iedere belasting, taks en retributie onder enigerlei naam door enige overheid vastgesteld of vast te stellen.

ART. 17. BEREKENINGSWIJZE

De premies kunnen zijn :

17.1. forfaitair, dat wil zeggen vastgesteld bij de afsluiting van de overeenkomst en vooruit te betalen op de in de bijzondere voorwaarden vermelde vervaldag;

17.2. achteraf te betalen op basis van de in de bijzondere voorwaarden vermelde bezoldigingen.

In dit geval geldt het volgende :

1. de verzekeringnemer stort ter uitvoering van het bepaalde in de bijzondere voorwaarden, een voorschot dat vooruit te betalen is per jaar of in halfjaarlijkse of driemaandelijkse gedeelten in mindering van de na afloop van het boekjaar berekende definitieve premie. Bij afsluiting van de overeenkomst is het bedrag van het voorschot gelijk aan het geraamde bedrag van de eerste jaarpremie; vervolgens wordt het aangepast naarmate de afrekeningen worden opgesteld, waarbij het steeds de bedoeling is een voorschot te bekomen dat zo dicht mogelijk bij de definitieve premie ligt.

2. Op het einde van elke overeengekomen periode :

   - bezorgt de verzekeringnemer of zijn lasthebber aan de maatschappij de inlichtingen die nodig zijn voor de berekening van de premie door het aangifteformulier dat zij hem daartoe heeft toegestuurd, binnen 15 dagen ingevuld terug te zenden;

   - maakt de maatschappij de afrekening op onder aftrek van de eventuele voorschotten;

   - leidt het niet terugzenden van het aangifteformulier dat nodig is voor de premieberekening, binnen 15 dagen na de toezending van de aangetekende herinnering van de maatschappij, tot de opmaak van een ambtshalve afrekening op basis van de cijfers uit de vorige aangifte of, als het om een eerste afrekening gaat, de cijfers die werden meegedeeld bij de sluiting van de overeenkomst, in beide gevallen verhoogd met 50 %.

     Deze ambtshalve afrekening zal geschieden onverminderd het recht van de maatschappij om de aangifte te eisen of betaling te vorderen op basis van de werkelijke bezoldigingen ten einde de rekening van de verzekeringnemer in orde te brengen.

3. De volgende bijzonderheden gelden inzake de aangifte van het werkelijke loon :

   - de als vakantiegeld aan arbeiders uitgekeerde sommen hoeven niet vermeld te worden op de bij artikel 17.2.2. bedoelde loonaangifte. De maatschappij vervangt ze door het bij de wetgeving inzake jaarlijkse vakantie vastgestelde percentage.

     De aanvullende vakantiebijslagen en alle bedragen die een bestanddeel zijn van het loon maar niet rechtstreeks door de verzekeringnemer worden betaald, worden in voorkomend geval in de vorm van een percentage aangegeven;

   - als de verzekerde tijdelijk inactief is ten gevolge van een ongeval, een ziekte of een bevalling, moet de verzekeringnemer geen aangifte doen van het loon dat niet betaald geweest is aan deze verzekerde tijdens de periode van afwezigheid, als die kleiner is dan of gelijk aan 12 opeenvolgende maanden.
     Als de periode van afwezigheid groter is dan 12 opeenvolgende maanden, heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid het loon van de verzekerde aan te geven voor de periode van afwezigheid die volgt op de eerste 12 maanden van afwezigheid, zodat de waarborg aan deze laatste verworven blijft.

ART. 18. NIET-BETALING VAN DE PREMIE

18.1. Niet-betaling van de premie op de vervaldag geeft aanleiding tot schorsing van de dekking of tot opzegging van de overeenkomst, na ingebrekestelling van de verzekeringnemer.

18.2. De ingebrekestelling gebeurt ofwel bij deurwaardersexploot ofwel bij een ter post aangetekende brief. Zij bevat een aanmaning tot betaling van de premie binnen een termijn van 15 dagen te rekenen van de dag volgend op de betekening of op de afgifte van de aangetekende brief per post.

18.3. De schorsing van de dekking of de opzegging van de overeenkomst hebben pas uitwerking na het verstrijken van de termijn van 15 dagen vermeld in artikel 18.2. hierboven.

18.4. Als de dekking geschorst is, maakt de betaling door de verzekeringnemer van de vervallen premies, eventueel verhoogd met de intrest, een einde aan die schorsing.

Wanneer de maatschappij haar verplichting tot dekking heeft geschorst, kan zij de overeenkomst opzeggen als zij haar die mogelijkheid heeft voorbehouden in de ingebrekestelling die aan de verzekeringnemer is gezonden. In dat geval gaat de opzegging in bij de verstrijking van een termijn van 15 dagen te rekenen van de eerste dag van de schorsing.

Indien de maatschappij zich de mogelijkheid van de overeenkomst op te zeggen niet heeft voorbehouden in de ingebrekestelling, zal de opzegging slechts na een nieuwe aanmaning kunnen geschieden, overeenkomstig artikel 18.2.

18.5. De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de maatschappij de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke werd gesteld overeenkomstig artikel 18.2.

Het recht van de maatschappij wordt evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

18.6. De toezending van de aangetekende herinnering maakt verwijlintrest eisbaar, rechtens en zonder ingebrekestelling lopende vanaf de 31ste dag na de datum waarop de premiestaat opgemaakt werd.

De verwijlintrest wordt berekend tegen de wettelijke rentevoet.

ART. 19. CONTROLE

De maatschappij behoudt zich het recht voor de aangiften van de verzekeringnemer te controleren. Te dien einde verbindt de verzekeringnemer zich ertoe de boekhouding en andere documenten die kunnen dienen voor de controle van de aangiften, te beschikking te stellen van de maatschappij en van haar afgevaardigden.

ART. 20. WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN OF VAN HET TARIEF

Wanneer de maatschappij de verzekeringsvoorwaarden of haar tarief wijzigt, past zij deze overeenkomst aan op de volgende jaarlijkse vervaldag. Zij stelt de verzekeringnemer van deze aanpassing in kennis vóór die vervaldag. De verzekeringnemer mag evenwel de overeenkomst opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Door deze opzegging eindigt de overeenkomst op de jaarlijkse vervaldag waarop de aanpassing zal gebeuren.

SCHADEGEVAL

ART. 21. MEDEDELING

21.1. Ieder ongeval moet zo vlug mogelijk schriftelijk aan de maatschappij worden aangegeven en uiterlijk 8 dagen nadat het gebeurd is, of, bij ontstentenis, zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, vergezeld van het geneeskundig getuigschrift. De maatschappij moet onmiddellijk worden verwittigd van elk overlijden.

Na het verstrijken van die termijn zijn de vergoedingen pas verschuldigd vanaf de dag waarop de aangifte en het geneeskundig getuigschrift de maatschappij bereiken, onverminderd de bepalingen van artikel 21.5.

21.2. De verzekerde moet alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.

Zo moet de verzekerde gedurende de vereiste tijd de voorgeschreven geneeskundige behandeling volgen.

21.3. De verzekerde moet zonder verwijl aan de maatschappij alle nuttige inlichtingen verstrekken en op de vragen antwoorden die hem worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de omvang van het schadegeval te kunnen vaststellen.

De verzekerde moet de maatschappij een geneeskundig getuigschrift toezenden binnen 8 dagen, om haar iedere verandering in zijn toestand mee te delen.

De verzekerde moet ook :
- de vaststellingen van de maatschappij vergemakkelijken,
- binnen 8 dagen antwoorden op ieder verzoek om inlichtingen,
- de afgevaardigden van de maatschappij ontvangen,
- zich onderwerpen aan de opgelegde controles.

Overlijdt de verzekerde dan behoudt de maatschappij zich het recht voor de lijkschouwing te eisen en is bij weigering tot geen enkele vergoeding verplicht.

21.4. De verzekerde verbindt zich ertoe in België en in het buitenland de nodige stappen te doen om zijn behandelings- en ziekenhuiskosten bij de in artikel 4.4.3. vermelde instellingen in te vorderen.

21.5. Indien de verzekerde een van de hiervoren vermelde verplichtingen niet nakomt, kan de maatschappij :
- de verschuldigde prestaties verminderen tot beloop van het door haar geleden nadeel,
- haar dekking weigeren, indien de verzekerde met bedrieglijk opzet gehandeld heeft.

ART. 22. SUBROGATIE

De maatschappij is gesubrogeerd in de rechten van de verzekeringnemer of van de begunstigde tegen de voor het ongeval aansprakelijke derden, maar enkel voor de uitgaven die zij in het raam van de waarborgen "behandelings- en ziekenhuiskosten" en "burgerrechtelijke aansprakelijkheid werkgever" zou hebben gedaan.

Behalve in geval van kwaad opzet heeft de maatschappij geen enkel verhaal op de bloedverwanten in de rechte lijn van de verzekerde, noch op de personen die bij hem inwonen, zijn gasten en de leden van zijn huispersoneel. Als de aansprakelijkheid van deze personen echter effectief gewaarborgd is door een verzekeringsovereenkomst, kan de maatschappij wel verhaal nemen op hen.

ART. 23. MEDISCHE EXPERTISE

Bij betwisting over de werkelijkheid of de graad van de blijvende invaliditeit, wordt het geschil op tegenspraak voorgelegd aan twee medische experts. Te dien einde wijst elke partij een medisch expert aan.

Komen de twee artsen niet tot een akkoord, dan schakelen zij een derde arts in. Deze drie artsen spreken zich dan gezamenlijk uit, maar als er geen meerderheid is, zal het advies van de derde expert doorslaggevend zijn. De medische experts zijn vrijgesteld van alle formaliteiten.

Als een van de partijen nalaat haar medisch expert te benoemen of als de beide medische experts het niet eens worden over de keuze van de derde, dan wordt de benoeming gedaan op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats in België van de getroffene of, bij ontstentenis, van de zetel in België van de onderneming.

Elk van de partijen draagt de honoraria en kosten van haar medisch expert en draagt voor de helft bij in die van de derde arts.

ALLERLEI BEPALINGEN

ART. 24. MEERDERE VERZEKERINGNEMERS

Zij zijn hoofdelijk en ondeelbaar gebonden; iedere mededeling van de maatschappij aan een van hen is geldig ten opzichte van allen.

ART. 25. KEUZE VAN WOONPLAATS

Alle mededelingen en betekeningen zijn geldig gedaan :

- aan de maatschappij : op een van haar exploitatiezetels in België,
- aan de verzekerden of de verzekeringnemer : op het adres van de verzekeringnemer aangeduid in de bijzondere voorwaarden of op het laatste aan de maatschappij meegedeeld adres.

Als datum voor onverschillig welke betekening geldt het postmerk.

ART. 26. TOEPASSELIJKE WET

26.1. De overeenkomst wordt beheerst door de Belgische wet.

26.2. De waarborgen beogen de uitkering van een vast bedrag, behalve de waarborgen "behandelings- en ziekenhuiskosten" en "burgerrechtelijke aansprakelijkheid werkgever", die van vergoedende aard zijn.

26.3. Elk probleem in verband met de overeenkomst kan door de verzekeringnemer aan de maatschappij worden voorgelegd via zijn gewone tussenpersoon. Indien de verzekeringnemer vindt dat hij niet de passende oplossing heeft verkregen, dan kan hij zich richten tot de Ombudsman van de Beroepsvereniging van Verzekeringsondernemingen (B.V.V.O.), de Meeûsplantsoen 29 te 1000 Brussel of tot de Controledienst voor de Verzekeringen (C.D.V.), Kortenberglaan 61 te 1000 Brussel, onverminderd de mogelijkheid om het gerecht in te schakelen.

AXA Royale Belge, NV van verzekeringen toegelaten onder het nr. 0039 om de takken leven en niet-leven te beoefenen
(KB 04-07-1979, BS 14-07-1979) • Maatschappelijke zetel : Vorstlaan 25 - B-1170 Brussel (België)
Internet : www.axa-royalebelge.be • Tel. : (02) 678 61 11 • Fax : (02) 678 93 40
BTW BE 404 483 367 • HR Brussel nr. 356.389