



Lippmann
groep b.v.

Collectieve ongevallenverzekering

polismantel 301-09-08

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Maatschappij

De verzekeringsmaatschappij of de ondergetekenden.

1.2 Verzekeringvormen

1.2.1 24-uurs dekking, conform art. 2.1.1.

1.2.2 beperkte dekking, conform art. 2.1.2.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.4 Begunstigde

Degene(n) aan wie de uitkering(en) en/of vergoeding(en) verschuldigd is/zijn.

1.5 Verzekerden

1.5.1 bij verzekeringnemer ingeschreven studerende, personeel van verzekeringnemer, waaronder de leerkrachten.

1.5.2 Tevens worden als verzekerden aangemerkt de vrijwilligers, de stagiairs en degenen die op verzoek van de schoolleiding c.q. het schoolbestuur hulp verlenen bij bepaalde evenementen in schoolverband, zoals schoolreisjes en excursies, hierna te noemen "hulpkrachten". Ten aanzien van de onder 1.5.2. genoemde verzekerden geldt uitsluitend de beperkte dekking als omschreven in art. 2.1.2.

1.6 Ongeval

1.6.1 Onder een ongeval in de zin van deze polis wordt verstaan een gebeurtenis waarbij een verzekerde plotseling wordt getroffen door een van buiten af op hem inwerkend geweld, waardoor hem in een ogenblik lichamelijk letsel wordt toegebracht, mits aard en plaats van het letsel geneeskundig zijn vast te stellen.

1.6.2 Tevens wordt onder een ongeval verstaan:

1.6.2.1 het van buiten af ongewild in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen geraken van stoffen of voorwerpen, waardoor inwendig letsel wordt toegebracht;

1.6.2.2 acute vergiftiging door het binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, echter onverminderd het bepaalde in art. 2.8.2;

1.6.2.3 besmetting door ziektekiemen bevattende stoffen tengevolge van een onvrijwillige val in het water of in enige andere vloeibare of vaste stof;

1.6.2.4 wondinfectie, bloedvergiftiging en andere ziekten door het binnendringen van ziektekiemen in een door een ongeval ontstaan letsel, mits aard en plaats van het letsel geneeskundig zijn vast te stellen;

1.6.2.5 verstikking, verdrinking, zonnesteek en bevrozing;

1.6.2.6 letsel, dood of aantasting van de gezondheid opzettelijk door een ander veroorzaakt;

1.6.2.7 verhongering, verdorsting, uitputting en zonnebrand als gevolg van een geïsoleerd raken zoals bij schipbreuk, noodlanding en instorting;

1.6.2.8 complicaties en verergeringen optredende bij de eerste hulpverlening of bij de op een verzekerde toegepaste behandelingen echter uitsluitend, indien deze behandelingen door een ongeval noodzakelijk zijn geworden en mits deze behandelingen zijn verricht door of op voorschrift van een arts, zulks onverminderd het bepaalde in art. 2.8.9;

1.6.2.9 verstuijing, ontwrichting en spierscheuring, mits aard en plaats van deze letsels geneeskundig zijn vast te stellen en zij in een ogenblik zijn ontstaan.

Artikel 2 Omschrijving van de dekking

2.1 Tijdsduur en dekkinggebied

2.1.1 24-uurs dekking

Onder 24-uurs dekking wordt verstaan dat de verzekering de volle 24 uur per etmaal van kracht is, dus ook buiten de schooluren, op vrije dagen en tijdens de vakanties, zowel in binnen- als buitenland. Het bepaalde in art. 1.5.2 blijft onverminderd van kracht.

2.1.2 Beperkte dekking

Bij de beperkte dekking is de verzekering uitsluitend van kracht tijdens de schooluren c.q. evenementen in schoolverband en wel:

2.1.2.1 voor de leerlingen: gedurende de tijd, dat zij onder toezicht staan van leerkrachten en/of hulpkrachten.

2.1.2.2 voor de leerkrachten, de hulpkrachten, de vrijwilligers en de stagiairs: tijdens de uitoefening van hun functie c.q. bij de vervulling van de hen opgedragen taak.

2.1.2.3 voor beide groepen: gedurende het rechtstreeks gaan van huis naar school, resp. van huis of school naar een andere door de schoolleiding of leerkracht/hulpkracht aangegeven plaats en terug.

2.2 Recht op uitkering bij overlijden (Rubriek A)

Indien een verzekerde door een ongeval overlijdt, keert de maatschappij de op het moment van het ongeval voor overlijden verzekerde som uit. Op deze uitkering worden in mindering gebracht alle bedragen, die krachtens deze verzekering terzake van hetzelfde ongeval aan dezelfde verzekerde overkomen, wegens blijvende invaliditeit zijn uitgekeerd.

2.3 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit (Rubriek B)

Indien een verzekerde tengevolge van het bij een ongeval opgelopen lichamelijk letsel blijvend invalide wordt, ontstaat recht op een uitkering met inachtneming van het in art. 2.4 bepaalde. De vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit vindt plaats zodra de toestand van een verzekerde, als gevolg van het ongeval - naar redelijkerwijs te voorzien is - vrijwel niet meer zal verbeteren of verslechteren, noch de dood ten gevolge zal hebben, doch uiterlijk 2 jaar na de datum van kennisgeving van het ongeval aan de maatschappij. Mocht een verzekerde vóór de vaststelling van de invaliditeit zijn overleden, dan is de maatschappij geen uitkering ter zake van blijvende invaliditeit verschuldigd. Indien een verzekerde echter - anders dan door een ongeval - later dan een jaar na het ongeval overlijdt keert de maatschappij het bedrag uit, dat zij naar redelijke verwachtingen wegens blijvende invaliditeit had moeten uitkeren, indien de verzekerde niet zou zijn overleden.

2.4 Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit

Het bedrag waarop recht bestaat wordt op de volgende wijze vastgesteld:

2.4.1 Gevallen van blijvende invaliditeit met vaste percentages

Voor blijvende invaliditeit als hieronder vermeld, keert de maatschappij het daarachter genoemde percentage van het verzekerde bedrag uit:

algeheel functie verlies van de geestelijke vermogens	100%
gehele verlamming van armen en benen	100%
onherstelbaar verlies van het gehele gezichtsvermogen	100%
onherstelbaar verlies van het gehele gehoorvermogen	65%
onherstelbaar verlies van het gezichtsvermogen van een oog	50%
onherstelbaar verlies van het gehoorvermogen van een oor	30%
doch indien krachtens deze verzekering reeds uitkering werd verleend wegens onherstelbaar verlies van het gehoorvermogen van het andere oor	35%
geheel verlies of blijvende onbruikbaarheid van:	
een arm tot in het schoudergewricht	75%
een arm tot in het ellebooggewricht of tot tussen dit gewricht en het schoudergewricht	70%
een hand tot in het polsgewricht of een arm tot tussen het pols- en het ellebooggewricht	70%
een duim	25%
een wijsvinger	15%
een middelvinger	12%
een ringvinger of een pink	10%
een been tot in het heupgewricht	75%
een been tot of tussen het knie- en heupgewricht	60%
een been tot tussen het enkel- en kniegewricht	55%
een voet tot in het enkelgewricht	50%
een grote teen	10%
een van de andere tenen	5%
onherstelbaar verlies van het reuk- en smaakvermogen	10%
onherstelbaar verlies van het spraakvermogen	50%
milt	10%
nier	20%
long	30%
whiplash: cervicaal acceleratie/deceleratieletsel van de wervelkolom met neuropsychologische en/of vestibulaire afwijkingen	5-15%
cervicaal (of lumbaal) acceleratie/deceleratieletsel van de wervelkolom zonder objectief aantoonbare neurologische/neuropsychologische uitvalsverschijnselen en/of objectief aantoonbare vestibulaire afwijkingen	0-5%

Bij gedeeltelijk verlies resp. gedeeltelijke blijvende onbruikbaarheid van de hierboven genoemde lichaamsdelen wordt een evenredig gedeelte uitgekeerd van het percentage, dat voor geheel verlies resp. blijvende gehele onbruikbaarheid is vastgesteld.

Bij verlies en/of blijvende onbruikbaarheid van meer dan één vinger van een hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand.

2.4.2 Andere gevallen van blijvende invaliditeit

Voor andere gevallen van blijvende invaliditeit dan omschreven in art. 2.4.1, is de uitkering gelijk aan het percentage van de verzekerde som op het moment van het ongeval, dat evenredig is aan de mate van invaliditeit, waarbij geen rekening wordt gehouden met het eventuele beroep van de verzekerde.

2.4.3 Maximum uitkering

Terzake van één of meer ongevallen een verzekerde tijdens de duur van de verzekering overkomen zal de som van alle uitkeringspercentages nimmer meer dan 100 bedragen.

2.4.4 Cumulatie

Indien meer verzekerden door dezelfde ongevalgebeurtenis worden getroffen, zal uit hoofde van deze polis maximaal € 2.500.000 worden uitgekeerd. Indien de berekening van

de uitkering op basis van het voor de getroffenene verzekerde bedrag zou leiden tot overschrijding van het maximum bedrag per gebeurtenis, worden de verzekerde bedragen per persoon naar evenredigheid aangepast.

2.4.5 Rente na één jaar

Indien één jaar na de datum van het ongeval nog geen blijvende invaliditeit is vastgesteld, zal de maatschappij over het uit te keren bedrag een rente vergoeden, welke als volgt zal worden vastgesteld en voldaan:

2.4.5.1 de rentevergoeding vindt plaats vanaf de 366ste dag na het ongeval;

2.4.5.2 indien de in art. 3.2.1 genoemde meldingstermijn van 3 maanden is overschreden zal de rentevergoeding plaatsvinden vanaf de 366ste dag na de datum van kennisgeving van het ongeval aan de maatschappij;

2.4.5.3 de rente zal worden berekend over het bedrag van de uitkering;

2.4.5.4 het rentepercentage is gelijk aan de wettelijke rente ten tijde van de vaststelling van de blijvende invaliditeit;

2.4.5.5 de rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

2.4.6 De mate van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit dient in Nederland te worden vastgesteld en zal geschieden naar Nederlandse maatstaven en begrippen.

2.5 Vergoeding van kosten voor geneeskundige behandeling (Rubriek D)

Dit artikel is uitsluitend van toepassing indien hiernaar wordt verwezen op het polisblad.

2.5.1 Indien een verzekerde voor de gevolgen van het bij een ongeval opgelopen lichamelijk letsel geneeskundig (anders dan tandheelkundig) moet worden behandeld, vergoedt de maatschappij de daaraan verbonden kosten tot het verzekerde maximum.

2.5.2 Onder bedoelde kosten worden uitsluitend verstaan de honoraria van artsen, alsmede de kosten gemaakt voor:

2.5.2.1 verbandmiddelen;

2.5.2.2 door een arts voorgeschreven medicijnen;

2.5.2.3 door een arts voorgeschreven behandelingen;

2.5.2.4 behandeling en/of verpleging in een ziekenhuis;

2.5.2.5 vervoer, dat noodzakelijk is om een geneeskundige behandeling te kunnen ondergaan;

2.5.2.6 aanschaffing van door het ongeval noodzakelijk geworden prothesen (met uitzondering van een gebitsprothese), een invalidewagentje of een blindengeleide hond.

2.5.3 De kosten zullen worden vergoed voor zover het maken ervan redelijk was.

2.6 Vergoeding van kosten van tandheelkundige behandeling (Rubriek E)

Dit artikel is uitsluitend van toepassing indien hiernaar wordt verwezen op het polisblad.

2.6.1 Indien een verzekerde voor de gevolgen van de bij een ongeval opgelopen beschadigingen aan zijn natuurlijk gebit, waaronder mede wordt verstaan vast kroon- en brugwerk en/of stimanden, tandheelkundig moet worden behandeld zal door de maatschappij in de kosten van tandheelkundige behandeling worden bijgedragen tot het verzekerde maximum per beschadigd element.

2.6.2 Indien de tandheelkundige behandeling, gezien de leeftijd van de verzekerde, moet worden uitgesteld, geldt de bepaling, dat de kosten gemaakt dienen te zijn vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd, tenzij na overleg met de maatschappij een andere regeling wordt getroffen.

2.7 Andere voorziening of verzekering

De maatschappij is niet verplicht tot vergoeding van de:

2.7.1 kosten bedoeld in art. 2.5 en 2.6, voor zover deze verhaalbaar zijn uit hoofde van enige andere voorziening of verzekering, al dan niet van oudere datum;

2.7.2 kosten bedoeld in art. 2.5.2.4, voor zover deze betrekking hebben op bijbetalingen doordat de verzekerde in een hogere verpleegklasse is verpleegd dan waarop op de andere voorziening of verzekering recht geeft.

2.8 Uitsluitingen

De maatschappij is niet tot uitkering verplicht terzake van:

2.8.1 ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende pees-schede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepslag (coup de fouét) en huidletsel aan handen en voeten door wrijving tegen een hard voorwerp;

2.8.2 vergiftiging door het gebruik van genees- en genot-middelen alsmede vergiftiging door ziektekiemen en allergenen in de ruimste zin, behoudens het bepaalde in art. 1.6.2.3, 1.6.2.4 en 1.6.2.6;

2.8.3 een ongeval dat is veroorzaakt door opzet of met goedvinden van verzekeringnemer, verzekerde of iemand die bij de uitkering belang heeft. Voor zelfverminking, zelfmoord of een poging daartoe bestaat geen dekking, ongeacht of verzekerde bij het uitvoeren van zijn voornemen al dan niet toerekeningsvatbaar is;

2.8.4 ongevallen mogelijk geworden door ziekte of gebrekkigheid of een abnormale lichamelijke of geestelijke toestand van een verzekerde - tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is - of het onder invloed zijn van alcoholhoudende dranken, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen;

2.8.5 ongevallen bij een waagstuk, waarbij het leven of het lichaam bewust roekeloos in gevaar wordt gebracht, tenzij het verrichten van dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter vervulling van zijn beroep of dit waagstuk wordt verricht bij rechtmatige zelfverdediging dan wel bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of goederen te redden;

2.8.6 een ongeval dat plaatsvindt bij het deelnemen aan het luchtverkeer tenzij verzekerde een ongeval is overkomen tijdens het reizen als:

a. passagier in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig;
b. passagier van een zweefvliegtuig mits de piloot voor de betreffende vlucht in het bezit is van het vereiste brevet;

c. piloot van een zweefvliegtuig mits de verzekerde voor de betreffende vlucht in het bezit is van het vereiste brevet. Uitgesloten blijft het vlieg risico in motor- en straalvliegtuigen als piloot, vlieg instructeur, leerlingvlieger of bemanningslid;

2.8.7 ongevallen bij het opzettelijk plegen van of deelnemen aan een misdrijf;

2.8.8 ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door hetzij direct, hetzij indirect - een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of mouterij.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd.

Indien de omstandigheden het aannemelijk maken dat het ongeval door één of meer van de bovengenoemde toestanden is ontstaan bevorderd of verergerd zal de maatschappij niet tot uitkering verplicht zijn tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde of de begunstigde(n) het tegendeel bewijst resp. bewijzen;

2.8.9 schade die wordt veroorzaakt door, optreedt bij, of voortvloeit uit een atoomkernreactie onverschillig hoe de reactie is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet als de atoomkernreactie of ioniserende straling in verband staat met een door een arts voorgeschreven behandeling tengevolge van een ongeval, waarvoor krachtens deze verzekering aanspraak op vergoeding bestaat;

2.8.10 een ongeval dat plaatsvindt bij het deelnemen aan:
a. een bergtocht zonder bevoegde gids tenzij gebruik wordt gemaakt van normale, voor het publiek toegankelijke paden of wegen. Bergexpedities en klettertochten blijven uitgesloten;
b. risicoverhogende sporten, waaronder in ieder geval worden verstaan bobsleeën, skispringen, ijshockey, boks- en rugbywedstrijden en parachutespringen;
c. een snelheidswedstrijd met motorrijtuigen, motorvoertuigen, bromfietsen, motorrijwielen of voorbereidingen hiervoor;

2.8.11 een ongeval de verzekerde overkomen als gevolg van overmatig alcoholgebruik. Er is sprake van overmatig alcoholgebruik als het bloedalcoholgehalte van verzekerde 0,8 promille of hoger was of het adem-alcoholgehalte 350 microgram of hoger was.

2.9 Terrorisme

Voorts is ten aanzien van het terrorisme bepaald dat voor schade tengevolge van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het 'terrorisme', de vergoeding/uitkering is beperkt tot de uitkering zoals omschreven in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). De afwikkeling van een schademelding op grond van het terrorisme geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van de NHT. Het Clausuleblad terrorismedekking is gedeponneerd op 10 januari 2007 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 3/2007 en op 10 januari onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het Protocol afwikkeling claims, inclusief toelichting, is gedeponneerd op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003 en op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage gedeponneerd onder nummer 27178761. De teksten zijn in te zien c.q. te downloaden via www.terrorismeverzekerd.nl.

Artikel 3 Verplichtingen bij een ongeval

3.1 Ingeval van overlijden

De verzekeringnemer c.q. de begunstigde is op straffe van verlies van zijn rechten uit deze overeenkomst - in geval van overlijden van een verzekerde - verplicht de maatschappij tenminste 48 uur voor de begrafenis of de crematie in te lichten, terstond en onvoorwaardelijk sectie, zonnodig na opgraving, toe te staan en de maatschappij alle van belang zijnde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken.

3.2 In geval van blijvende invaliditeit en/of kosten voor geneeskundige behandeling

De verzekeringnemer c.q. de verzekerde is verplicht op straffe van verlies van zijn rechten uit deze overeenkomst:

3.2.1 de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit en/of kosten voor geneeskundige behandeling zou kunnen ontstaan, met dien verstande dat na het verstrijken van laatstgenoemde termijn toch een recht op uitkering voor blijvende invaliditeit kan ontstaan indien ten genoegen van de maatschappij kan worden aangetoond dat deze invaliditeit uitsluitend het gevolg is van een ongeval. Indien de kennisgeving niet zo spoedig mogelijk plaatsvindt, vervalt het recht op uitkering wanneer de maatschappij door de te late melding in haar belang is geschaad;

3.2.2 de maatschappij alle van belang zijnde gegevens verstrekken of te doen verstrekken. Indien de verplichting daartoe niet wordt nagekomen, vervalt, wanneer de maatschappij daardoor in haar belang is geschaad, iedere aanspraak op uitkering;

3.2.3 er voor zorg te dragen dat de verzekerde:

3.2.3.1 de door de maatschappij verlangde medewerking verleent zoals het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aangewezen arts;

3.2.3.2 zich onder geneeskundige behandeling stelt of daaronder blijft, indien dit redelijkerwijs is geboden;

3.2.3.3 aan de genezing medewerkt door de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;

3.2.3.4 zich niet zonder toestemming van de maatschappij naar het buitenland begeeft indien hij lijdt aan de gevolgen van een ongeval.

Artikel 4 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

4.1 Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van een verzekerde dan wordt voor de vaststelling van de uitkering uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben indien hij geheel valide en gezond geweest zou zijn. Indien de genoemde omstandigheden het gevolg zijn van een ander ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering heeft moeten doen of nog zal moeten doen, dan blijven deze omstandigheden buiten beschouwing.

4.2 Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd wordt hiervoor door de maatschappij geen uitkering verleend.

4.3 Indien een verzekerde reeds voor het ongeval gedeeltelijk invalide was en er bestaat recht op uitkering overeenkomstig art. 2.3, dan wordt slechts uitgekeerd het verschil tussen de mate van invaliditeit van voor en na het ongeval, waarbij ook de mate van invaliditeit van vóór het ongeval op dezelfde wijze overeenkomstig art. 2.4 wordt vastgesteld.

Artikel 5 Begunstiging

De overheid kan nimmer als begunstigde optreden.

5.1 Bij overlijden (Rubriek A) van leerlingen:

5.1.1 de ouder(s) die met de opvoeding van het kind belast is (zijn);

5.1.2 de verzorgers;

5.1.3 conform het bepaalde in art. 5.2.3.

5.2 Bij overlijden (Rubriek A) van de andere op het polisblad vermelde verzekerden:

5.2.1 de echtgenoot ten tijde van het overlijden;

5.2.2 de wettige, gewettigde en geadopteerde kinderen alsmede de wettige, gewettigde en geadopteerde afstammelingen van voor overleden kinderen bij plaatsvervulling; de onderlinge verdeling geschiedt bij staken (893 BW);

5.2.3 degenen, die krachtens erfstelling of de wet deelgerechtigd zijn in de nalatenschap, daaronder begrepen hun erfgenamen en rechtverkrigenden onder algemene titel; de onderlinge verdeling geschiedt in de verhouding waarin zij in de nalatenschap zijn gerechtigd.

5.3 Bij blijvende invaliditeit (Rubriek B):

de verzekerde.

5.4 Bij kosten geneeskundige behandeling (Rubriek D) & kosten tandheeskundige behandeling (Rubriek E):

degenen op wiens rekening de behandeling heeft plaatsgevonden, behoudens het bepaalde in art. 2.7. Uitbetaling geschiedt nadat de originele nota's, die op de behandeling betrekking hebben, in het bezit van de maatschappij zijn gekomen.

5.5 De uit hoofde van de verzekering door de maatschappij verschuldigde uitkeringen zullen geschieden aan de in art. 5.1, 5.2, 5.3 en 5.4 vermelde begunstigde(n).

5.6 Indien meer dan één begunstigde is vermeld, komen hoger genummerde begunstigden eerst in aanmerking, indien alle lager genummerde begunstigden ontbreken, overleden zijn of weigeren de uitkering te aanvaarden. Gelijkgenummerde begunstigden komen gezamenlijk in aanmerking.

5.7 Indien een begunstigde overlijdt vóórdat de uitkering, waarvoor hij is aangewezen, verschuldigd is, gaat zijn recht niet over op zijn erfgenamen of rechtverkrigenden.

5.8 Indien aan twee of meer begunstigden gezamenlijk zal worden uitgekeerd, is de maatschappij slechts gehouden tot uitkering in één bedrag tegen gezamenlijke kwijting.

Artikel 6 Premie

6.1 Premieberekening

6.1.1 De op het polisblad vermelde voorschotpremie is een voorlopige premie. De verzekeringnemer verplicht zich jaarlijks, uiterlijk binnen één maand na de aanvang van de cursus, aan de maatschappij opgave te doen van het geregistreerde aantal verzekerden bij de aanvang van het cursusjaar. Aan de hand van deze opgave zal de definitieve premie worden vastgesteld, alsmede de voorschotpremie voor het volgende cursusjaar.

6.1.2 Bij toetreding van nieuwe, op het polisblad omschreven verzekerden, tijdens het cursusjaar zal de verzekering automatisch voor hen van kracht zijn.

6.1.3 Mutaties in het aantal verzekerden gedurende het cursusjaar hebben geen invloed op de vastgestelde premie.

6.2 Premiebetaling

- a.** De verzekeringnemer is verplicht de premie, kosten (eenmalig) en assurantiebelastingen vooruit te betalen op de premievervaldag.
- b.** Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de 30ste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de maatschappij is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- c.** Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van de gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
- d.** Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de 15e dag nadat de maatschappij de verzekeringnemer na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
- e.** De verzekeringnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
- f.** De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel door de maatschappij is ontvangen. In geval van termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.

Artikel 7 Naverrekening

De premie die op het polisblad staat, is slechts een voorlopige. Verzekeringnemer is verplicht binnen vijf maanden na het einde van ieder verzekeringsjaar de maatschappij de gegevens te verschaffen die zij nodig heeft om de definitieve premie vast te stellen. De maatschappij is verplicht verzekeringnemer terug te betalen als de definitieve premie lager is; verzekeringnemer is verplicht bij te betalen als de definitieve premie hoger is. Indien verzekerde niet voldoet aan zijn verplichting de benodigde gegevens tijdig aan de maatschappij te verschaffen, zal de maatschappij een aanhangsel afgeven waarin de definitieve premie is vastgesteld op 150% van de voorlopige premie over dat jaar, of zoveel meer als de maatschappij op grond van haar gegevens toekomt. Indien verzekerde binnen één jaar na afgifte van dit aanhangsel de maatschappij alsnog de gevraagde gegevens over het betreffende boekjaar verstrekt, zal de definitieve premie gecorrigeerd worden. Voor deze correctie zullen administratiekosten in rekening worden gebracht. Opgave van gegevens die na één jaar na afgifte van het aanhangsel worden ontvangen, worden niet meer verwerkt.

Artikel 8 Aanpassing van premie en voorwaarden

- 8.1** De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van dekking en bloc te wijzigen, en de premie en/of de voorwaarden van deze dekking overeenkomstig die wijziging aan te passen op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging schriftelijk in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij binnen één maand schriftelijk het tegendeel heeft bericht.
- 8.2** Deze mogelijkheid van opzegging door de verzekeringnemer geldt niet indien:
- 8.2.1** de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
- 8.2.2** de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking voor de verzekeringnemer inhoudt;
- 8.2.3** de wijziging voortvloeit uit contractuele bepalingen.

Artikel 9 Duur en einde van de verzekering

- 9.1** De verzekering is aangegaan voor de op het polisblad omschreven periode en wordt telkens voor een gelijke periode stilzwijgend verlengd, tenzij de verzekeringnemer of de maatschappij de verzekering heeft opgezegd. Opzegging als vorenbedoeld dient te geschieden per aangetekende brief met inachtneming van een termijn van tenminste 2 maanden.
- 9.2** De verzekering eindigt zonder meer ten aanzien van:
- 9.2.1** leerlingen: zodra zij geen volledig dagonderwijs meer volgen, tenzij anders is overeengekomen;
- 9.2.2** de onder 1.5.2 bedoelde verzekerden: bij het einde van het verzekeringsjaar waarin zij 70 jaar zijn geworden;
- 9.2.3** voor alle verzekerden:
- 9.2.3.1** indien zij ophouden hun woonplaats in Nederland te hebben, tenzij anders is overeengekomen;
- 9.2.3.2** bij hun overlijden.

Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Klachten en geschillen

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden voorgelegd aan het intern klachtenbureau van de maatschappij.

Klachten- en geschillenprocedure KIFiD

Pas nadat u de interne klachtenprocedure hebt doorlopen en u zich met het standpunt dat is ingenomen door de maatschappij niet kunt verenigen, kunt u zich - als u een consument bent in de zin van de reglementen van het KIFiD - binnen 3 maanden na de datum waarop de maatschappij dit standpunt heeft ingenomen, wenden tot:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KIFiD")
Postbus 93257
2509 AG Den Haag
Telefoonnummer: 0900 - FKLACHT (0900 - 3552248)
www.kifid.nl

Voor meer informatie over de klachten- en geschillenprocedure en de daaraan verbonden kosten wordt verwezen naar (de website van) het KIFiD

Bevoegde rechter

Als u geen gebruik wilt maken van de interne klachtenprocedure of uw klacht niet wilt voorleggen aan het KIFiD of als u zich niet kunt verenigen met de uitkomst van de klachtenprocedure, kunt u het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies.

Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een financiële dienst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten terzake financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand. Op de verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 - 333 85 00. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de maatschappij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).