



ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 1 - Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder

Maatschappij

N.V. Noordhollandsche van 1816, Algemene Verzekeringsmaatschappij

Verzekeringnemer

Degene met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig in de omschrijving op het polisblad is vermeld.

Verzekerde(n)

Wie er als verzekerde(n) kan/kunnen worden beschouwd is afhankelijk van de keuze die is gemaakt uit de opties 'gezin', 'één persoon' en 'één kind'.

- als blijkt het polisblad is gekozen voor 'gezin': de verzekeringnemer en de met hem/haar in gezinsverband samenwonende echtgenoot/echtgenote of levenspartner, alsmede de met hem/haar in gezinsverband samenwonende ongehuwde eigen, pleeg- en/of stiefkinderen jonger dan 21 jaar of ongehuwde eigen, pleeg- en/of stiefkinderen die dagonderwijs volgen - ook indien zij uitwonend zijn - jonger dan 28 jaar.
- als blijkt het polisblad is gekozen voor 'één persoon': de als zodanig op het polisblad genoemde persoon.
- als blijkt het polisblad is gekozen voor 'één kind': het als zodanig op het polisblad genoemde kind van de verzekeringnemer. Dit kind is verzekerd tot het moment dat het de leeftijd van 21 jaar bereikt of, indien dit kind dagonderwijs volgt - ook als het uitwonend is - tot het moment waarop dit kind de leeftijd van 28 jaar bereikt.

Ongeval

Onder een ongeval krachtens deze verzekering wordt verstaan een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijke letsel is ontstaan.

Blijvende invaliditeit

Onder blijvende invaliditeit wordt verstaan een geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde, zonder rekening te houden met het beroep van de verzekerde.

Artikel 2 - Geldigheidsgebied

De verzekering is van kracht over de gehele wereld.

Artikel 3 - Omvang van de dekking

1. Algemeen

Op het polisblad is vermeld welke dekking(en) er van kracht is/zijn alsmede welke bedrag(en) per persoon per ongeval is/zijn verzekerd.

De premie voor de optie 'gezin' is gebaseerd op maximaal 3 kinderen, zoals die hiervoor onder artikel 1 zijn omschreven. Als blijkt dat ten tijde van het ongeval meer dan 3 kinderen onder de dekking van de polis vallen, dan worden de verzekerde bedragen per kind vastgesteld door de volgens het polisblad verzekerde bedragen per kind te vermenigvuldigen met 3 en de uitkomst te delen door het werkelijke aantal kinderen.

2. Overlijden (Rubriek A)

In geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt het voor overlijden verzekerde bedrag uitkeerd.

Een uitkering wegens blijvende invaliditeit ter zake van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de voor overlijden verschuldigde uitkering. Terugvordering van een reeds verleende uitkering zal niet plaatsvinden.

3. Blijvende invaliditeit (Rubriek B)

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt de uitkering overeenkomstig het vermeld in artikel 7 vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

Mocht verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit zijn overleden, anders dan door het ongeval, dan blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van invaliditeit, als de verzekerde niet zou zijn overleden.

4. Tandheelkundige kosten (Rubriek C)

Als uit het polisblad blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd en een verzekerde kind een ongeval is overkomen, waardoor het noodzakelijk is tandheelkundige kosten te maken, dan vergoedt de maatschappij deze kosten tot ten hoogste het op het polisblad voor deze rubriek genoemde verzekerde bedrag per ongeval.

De behandeling dient binnen 1 jaar na het ongeval plaats te vinden. Mocht de feitelijke behandeling, gezien de leeftijd van de verzekerde worden uitgesteld, dan kan niettemin vergoeding worden verleend, als een verklaring van de tandarts wordt overgelegd, waarop is vermeld welke tandheelkundige behandeling in de toekomst noodzakelijk zal zijn en hoeveel de kosten daarvan zouden bedragen, als de behandeling direct na het ongeval zou hebben plaatsgevonden. Tandheelkundige kosten worden uitsluitend vergoed voor zover deze niet verhaalbaar zijn uit hoofde van enige andere voorziening of verzekering, al dan niet van oudere datum, of uit hoofde van enige voorziening of verzekering verhaalbaar zouden zijn, als deze verzekering niet bestond.

5. Ziekenhuisopneming (Rubriek D)

Als blijkt het polisblad deze rubriek is meeverzekerd en een verzekerde ouder ten gevolge van een gedekt ongeval in een ziekenhuis wordt opgenomen, zal de maatschappij, zolang de ziekenhuisopneming duurt, echter tot maximaal 365 dagen per ongeval, het op het polisblad voor deze rubriek vermelde bedrag per dag uitkeren.

Bij ziekenhuisopneming van langer dan een maand kunnen desgewenst voorschotten worden verleend.

Artikel 3a - Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

In afwijking van en in aanvulling op hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald over gedekte risico's en verzekerde bedragen geldt voor het risico van terrorisme het volgende.

Voor schade, ongevallen en rechtsbijstand als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk te noemen het 'terrorismerisico', is de uitkering/dekking beperkt tot een uitkering zoals omschreven in het Clausuleblad terrorisme van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

De afwikkeling van een schademelding op grond van het terrorismerisico geschiedt overeenkomstig het Protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.

Het clausuleblad terrorismedekking is gedeponereerd op 10 januari 2007 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 3/2007 en op 10 januari 2007 bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam onder nummer 27178761.

Zie www.nht.nl of www.terrorismeverzekerd.nl voor de tekst van het clausuleblad.

Artikel 4 - Insluitingen

Met een ongeval wordt gelijkgesteld

1. acute vergiftiging ten gevolge van het plotseling en ongewild binnenkrijgen van gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;
2. besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, als deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van mens, dier of zaken;
3. het plotseling en ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat, met uitzondering van het binnenkrijgen van ziektekiemen of allergenen;
4. versteking, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard of plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
5. verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte;
6. uitputting, verhogering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;
7. wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;
8. complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste-hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.

Artikel 5 - Uitsluitingen

De maatschappij is niet tot enige uitkering verplicht ter zake

1. ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende;
2. ongevallen in verband met het door de verzekerde plegen van of het deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
3. ongevallen ten gevolge van een waagstuk waarbij de verzekerde zijn leven of lichaam roekeloos in gevaar heeft gebracht, tenzij dit waagstuk redelijkerwijs noodzakelijk was ter vervulling van zijn beroep, bij redelijke zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
4. psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;
5. ongevallen mogelijk geworden door het onder invloed zijn van alcoholhoudende drank. Van onder invloed zijn van alcoholhoudende drank is, in de zin van deze polis, sprake indien het bloedalcoholgehalte ten tijde van het ongeval 0,5‰ of hoger was dan wel indien het ademalcoholgehalte 220 µg/l of hoger was;
6. ongevallen waarvan het ontstaan op enigerlei wijze in relatie staat tot het gebruik van of de verslaving aan bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen, tenzij het gebruik overeenkomstig het voorschrift van een arts geschiedt en de verzekerde zich aan de gebruiksaanwijzing heeft gehouden;

7. ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nucleī pulposi), krakende peesschede-ontsteking (tendovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepslag (coup de fouet), ontsteking rondom een schoudergewricht (periartitis humeroscapularis), tennisarm (epicondylitis lateralis) of golfersarm (epicondylitis medialis);
8. de gevolgen van door de verzekerde ondergane medische behandeling, zonder dat er enig verband bestaat met een onder de polis gedekt ongeval, dat deze behandeling noodzakelijk maakte;
9. ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier;
10. ongevallen welke het gevolg zijn van
 - het maken van bergtochten over gletsjers, tenzij onder leiding van een erkende gids;
 - klettern;
 - het deelnemen aan en training voor wedstrijden met motorrijtuigen, motorboten en/of (brom)fietsen, als in die wedstrijden het snelheidsmoment overheerst;
 - het beoefenen van sport als (neven)beroep;
11. ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door hetzij direct, hetzij indirect gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.
Voor de betekenis van deze begrippen gelden de begripsomschrijvingen die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's Gravenhage zijn gedeponereerd onder nummer 136/1981;
12. a. ongevallen, veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevoeld uit atoomkernreacties onverschillig hoe de reactie is ontstaan;
- b. de onder a vermelde uitsluiting geldt niet met betrekking tot ongevallen en schade door radioactieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (nietmilitaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'Kerninstallatie' wordt verstaan een Kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225), alsmede een Kerninstallatie aan boord van een schip;
- c. voor zover krachtens enige wet of enig verdrag een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt het onder b. bepaalde geen toepassing.

Artikel 6 - Verplichtingen bij een ongeval

1. Termijnen van aanmelding

- a. Zodra de verzekeringnemer of de begunstigde op de hoogte is of behoort te zijn van een ongeval dat heeft geleiden of kan leiden tot het overlijden van een verzekerde zijn zij verplicht de maatschappij daarvan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk, maar in ieder geval 48 uur vóór de begrafenis of de crematie, in kennis te stellen.
- b. Zodra de verzekeringnemer of de begunstigde op de hoogte is of behoort te zijn van een ongeval dat kan leiden tot blijvende invaliditeit van een verzekerde zijn zij verplicht de maatschappij daarvan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk, maar in ieder geval binnen 3 maanden na het ongeval, in kennis te stellen. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits ten genoegte van de maatschappij wordt aangetoond dat
 - de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van het ongeval;
 - de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid is vergroot;
 - de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

2. Meldingsplicht bij meeverzekeren rubriek C en/of D

Indien rubriek C en/of D zijn meeverzekerd, is verzekeringnemer verplicht zodra hij op de hoogte is of behoort te zijn van een ongeval dat kan leiden tot tandheelkundige kosten respectievelijk ziekenhuisopname van maatschappij daarvan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk, maar in ieder geval binnen 3 maanden na het ongeval, in kennis te stellen.

3. Verplichtingen van de begunstigde in geval van overlijden

In geval van overlijden van de verzekerde als gevolg van een ongeval is de begunstigde verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

4. Verplichtingen van de verzekerde bij een ongeval

- De verzekerde is verplicht
- a. zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, als dit redelijkerwijs is geboden;
 - b. alles in het werk te stellen om zijn herstel te bevorderen en de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
 - c. zich op verzoek van de maatschappij te laten onderzoeken door een door de maatschappij aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de maatschappij aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting; de hieraan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij;
 - d. toe te staan dat de resultaten van de onder c vermelde onderzoeken door degene die dit onderzoek heeft verricht, rechtstreeks aan de medisch adviseur van de maatschappij worden gezonden;

- e. alle door de maatschappij nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de maatschappij of aan de door haar aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen.

5. Verplichtingen van de verzekeringnemer na een ongeval

De verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen aan het nakomen van de in dit artikel genoemde verplichtingen door de verzekerde.

6. Sanctiebepaling

De verzekering geeft geen dekking, als de verzekerde of in geval van zijn overlijden de begunstigde de in dit artikel genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij zijn geschaad.

7. Verjaringstermijn

In elk geval vervalt het recht op uitkering als de aanmelding niet plaatsvindt binnen 3 jaar na de gebeurtenis, op grond waarvan een beroep op de verzekering gedaan had kunnen worden of redelijkerwijs had kunnen worden geconcludeerd dat een beroep op deze verzekering gedaan had kunnen worden.

Artikel 7 - Schadevaststelling en schaderegeling

1. Wijze van vaststelling van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld in Nederland door middel van medisch onderzoek. Aan de medicus zal worden gevraagd

- a. in het geval van het onder 4 a van dit artikel bepaalde: het percentage (functie)verlies van een bepaald lichaamsdeel of orgaan;
- b. in het geval van het onder 4 c van dit artikel bepaalde: het percentage functieverlies als geheel.

De bepaling van het percentage (functie)verlies geschiedt volgens objectieve maatstaven, beroepsbezigheden buiten beschouwing latend, en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.).

2. Invloed van kunst- en hulpmiddelen

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op basis van het (functie)verlies zonder rekening te houden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen.

Als inwendig kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen geringere (functie)verlies wel rekening gehouden. Overigens is het bepaalde in artikel 8 onverkort van toepassing.

3. Termijn voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit wordt bepaald zodra van een onveranderlijke toestand kan worden gesproken, doch in elk geval binnen 2 jaar na de ongevalsdatum, tenzij tussen de verzekerde en de maatschappij anders wordt overeengekomen.

4. Vaststelling van het uitkeringspercentage bij blijvende invaliditeit

- a. Aan de hand van het door medisch onderzoek bepaalde percentage (functie)verlies wordt een uitkeringspercentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag vastgesteld als volgt

| | |
|---|------|
| het gezichtsvermogen van beide ogen | 100% |
| het gezichtsvermogen van één oog | 30% |
| maar als de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering heeft verleend wegens verlies van het gezichtsvermogen van het andere oog | 70% |
| het gehoor van beide oren | 60% |
| het gehoor van één oor | 25% |
| maar als de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering heeft verleend wegens verlies van het gehoor van het andere oor | 35% |
| een arm | 75% |
| een hand | 60% |
| een duim | 25% |
| een wijsvinger | 15% |
| iedere andere vinger | 12% |
| een been | 70% |
| een onderbeen | 50% |
| een voet | 40% |
| een grote teen | 5% |
| een andere teen | 3% |
| de milt | 5% |
| de smaak en/of reuk | 10% |

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

In geval van blijvende invaliditeit als gevolg van één ongeval zal het uitkeringspercentage nooit meer bedragen dan 100%.

- b. Bij volledig (functie)verlies van meer dan één vinger van een hand wordt niet meer uitgekeerd dan bij verlies van de gehele hand.
- c. In alle gevallen anders dan vermeld onder a wordt de uitkering op basis van medisch onderzoek vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag naar de mate van blijvende invaliditeit, die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert.

5. Cumulatief stijgende uitkering

De verzekering kent een cumulatief stijgende uitkering. Bij de vaststelling van blijvende invaliditeit wordt het verzekerde bedrag zoals op de polis vermeld, verhoogd tot het percentage conform de onderstaande tabel.

| Standaard uitkeringspercentage (op basis van de mate van invaliditeit) | Verhoogd uitkeringspercentage (op basis van de cumulatief stijgende uitkering) |
|--|--|
| 26 t/m 30 | 40 |
| 31 t/m 35 | 50 |
| 36 t/m 40 | 60 |
| 41 t/m 45 | 70 |
| 46 t/m 50 | 80 |
| 51 t/m 55 | 100 |
| 56 t/m 60 | 120 |
| 61 t/m 65 | 140 |
| 66 t/m 70 | 160 |
| 71 t/m 75 | 180 |
| 76 t/m 80 | 200 |
| 81 t/m 85 | 225 |
| 86 t/m 90 | 250 |
| 91 t/m 95 | 275 |
| 96 t/m 100 | 300 |

6. Rentevergoeding

Als 1 jaar nadat het ongeval heeft plaatsgevonden de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, vergoedt de maatschappij over het uit te keren bedrag de wettelijke rente vanaf de 366^e dag na het ongeval. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

Als de in artikel 6 sub 1 b genoemde meldingstermijn van 3 maanden is overschreden, wordt de rente vergoed vanaf de 366^e dag na de melding van het ongeval.

Artikel 8 - Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

1. Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zouden hebben, als de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.
2. De beperking onder 1 van dit artikel is echter niet van toepassing als de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering reeds een uitkering heeft verstrekt of zal moeten verstrekken.
3. Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door de maatschappij geen uitkering verleend.
4. Als reeds vóór een ongeval een (functie)verlies van het betrokken lichaamsdeel of orgaan bestond wordt, tenzij het gestelde onder 1 van dit artikel van toepassing is, de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

Artikel 9 - Begunstiging

Tenzij anders is overeengekomen zal de uitkering aan de verzekeringnemer geschieden. In geval van overlijden van de verzekeringnemer, die tevens de verzekerde is, zal worden uitgekeerd aan de overblijvende echtgenote/partner, bij het ontbreken van deze aan de gezamenlijke erfgenamen van de verzekeringnemer. De Staat der Nederlanden kan nimmer als begunstigde optreden.

Artikel 10 - Premie

De premie en kosten dienen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd zijn geworden, bij vooruitbetaling aan de maatschappij of de tussenpersoon, die met de inning is belast, te worden voldaan.

Als de verzekeringnemer de premie en kosten niet binnen 30 dagen heeft betaald, dan ontvangt deze een schriftelijke aanmaning. Als vervolgens na 14 dagen volledige betaling uitblijft, alsmede bij weigering tot betaling, wordt met terugwerkende kracht tot de dag waarop de premie en kosten verschuldigd zijn geworden geen dekking verleend ten aanzien van schadegebeurtenissen die na die datum plaatsvinden onverminderd de verplichting van verzekeringnemer tot betaling van premie en kosten. De dekking wordt weer van kracht en wel uitsluitend voor de toekomst, 24 uur nadat het achterstallige bedrag inclusief eventuele incasso- en proceskosten is voldaan.

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden heeft de verzekeringnemer, bij tussentijdse beëindiging die in overeenstemming met de voorwaarden heeft plaatsgevonden, recht op terugbetaling door de maatschappij van dat deel van de betaalde premie, als evenredig is aan het nog niet verstrekte deel van het tijdvak, waarvoor de premie werd betaald. Bij premierestitutie kan de maatschappij kosten in rekening brengen.

Artikel 11 - Herziening van premie en/of voorwaarden

De maatschappij heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan is de maatschappij gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd, tenzij hij uiterlijk binnen 30 dagen na bovengenoemde datum de maatschappij schriftelijk te kennen geeft de aanpassing te weigeren. De verzekering eindigt alsdan op de datum waarop de wijziging ingaat. De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door de 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.

Artikel 12 - Verlenging en beëindiging

De verzekering gaat in op de op het polisblad genoemde ingangsdatum en loopt toe tot de op het polisblad onder 'einddatum' genoemde datum en wordt telkens stilzwijgend verlengd met de eveneens daar genoemde termijn.

Onverminderd het bepaalde in artikel 11 van deze voorwaarden eindigt de verzekering

- a. op de op het polisblad onder 'einddatum' genoemde datum, als de verzekeringnemer of de maatschappij uiterlijk 2 maanden voor deze datum de verzekering schriftelijk heeft opgezegd;
- b. op de in de opzeggingsbrief genoemde datum als de verzekering door de maatschappij of door de verzekeringnemer schriftelijk is opgezegd
 1. *binnen 30 dagen* nadat een ongeval dat voor de maatschappij tot een verplichting tot uitkering kan leiden, de maatschappij ter kennis is gekomen;
 2. *binnen 30 dagen* nadat de maatschappij een onder deze verzekering gereclameerde uitkering heeft verleend dan wel heeft afgewezen;
 3. als de verzekeringnemer langer dan 30 dagen in gebreke is premie en kosten te betalen. In het geval het gaat om de betaling van de vervolgpremie echter uitsluitend als de maatschappij de verzekeringnemer na het verstrijken van de premievervaldag vruchteloos tot betaling heeft aangemaand;
 4. als een verzekerde één van de in deze polis genoemde verplichtingen niet nakomt;
- c. voor de betreffende verzekerde,
 1. zodra de verzekerde zijn feitelijke woonplaats niet meer binnen Nederland heeft. De verzekeringnemer is verplicht de maatschappij hiervan binnen 30 dagen daarvan mededeling te doen. De verzekering blijft echter onverminderd van kracht als de verzekerde wegens studie of om andere redenen, die niet van zakelijke of beroepsmatige aard zijn, niet langer dan 1 jaar buiten Nederland verblijft;
 2. op de laatste dag van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerde de 70-jarige leeftijd heeft bereikt of bij zijn eerder overlijden;
 3. op de laatste dag van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerde kind de 21-jarige leeftijd heeft bereikt. De verzekering blijft echter van kracht gedurende de periode, waarin een vóór de 21-jarige leeftijd al meeverzekerd kind zijn tijd grotendeels besteedt aan het volgen van dagonderwijs. In dit geval eindigt de verzekering uiterlijk op de laatste dag van het verzekeringsjaar, waarin de verzekerde de 28-jarige leeftijd heeft bereikt of eerder in het huwelijk is getreden danwel een geregistreerd partnerschap is aangegaan.

De maatschappij en de verzekeringnemer zullen in de onder b genoemde gevallen een opzeggingstermijn van 2 maanden in acht nemen. De maatschappij kan de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen als een verzekerde of begunstigde heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden en als de verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en de maatschappij de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten.

De maatschappij en de verzekeringnemer zullen in de onder b genoemde gevallen een opzeggingstermijn van 2 maanden in acht nemen. De maatschappij kan de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen als een verzekerde of begunstigde heeft gehandeld met het opzet de maatschappij te misleiden en als de verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en de maatschappij de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten.

Artikel 13 - Adres

Kennisgevingen of mededelingen van de maatschappij aan de verzekeringnemer kunnen worden gedaan aan zijn laatst bij de maatschappij bekende adres of aan het adres van de tussenpersoon, door wiens bemiddeling deze verzekering loopt. Aldus geadresseerde kennisgevingen of mededelingen worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 14 - Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of het wijzigen van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of financiële diensten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven.

De volledige tekst van de gedragscode kan worden aangevraagd bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 87 77, www.verzekeraars.nl.

Artikel 15 - Toepasselijk recht; Klachteninstanties

1. Op deze verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Klachten en geschillen die betrekking hebben op de totstandkoming of uitvoering van deze overeenkomst kunnen worden voorgelegd aan de directie van de maatschappij. Als het oordeel van de directie niet bevredigend wordt geacht, kan men zich wenden tot:
Het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD)
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag. (zie ook www.kifid.nl)

Degene die geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden of de behandeling hiervan niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.