

NOORDHOLLANDSCHE



VAN 1816

polismantel 3551

(GEZINS)ONGEVALLLENVERZEKERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

Artikel 1 - Definities

Verzekeringnemer

Onder verzekeringnemer wordt verstaan degene, met wie de verzekering is aangegaan en die als zodanig in de omschrijving op het polisblad is vermeld.

Verzekerde

Onder verzekerde wordt verstaan degene, die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Gezin

Onder gezin wordt verstaan de duurzaam samenwonende personen met hun ongehuwde kinderen jonger dan 18 jaar.

Kinderen

Onder kinderen wordt verstaan de tot het gezin behorende ongehuwde eigen, pleeg- en/of stiefkinderen jonger dan 18 jaar.

Begunstigde

Onder begunstigde wordt verstaan degene, aan wie een uitkering zal worden verleend.

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

Verzekerd zijn de op het polisblad vermelde bedragen.

Indien blijkt het polisblad kinderen zijn meeverzekerd, is de premie daarvoor gebaseerd op maximaal 3 kinderen. Indien 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.

Indien ten tijde van het ongeval géén kinderen meer zijn meeverzekerd terwijl daarvoor toch nog premie is betaald, dan zal de uitkering worden verhoogd in verhouding van de betaalde tot de verschuldigde premie.

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 uitgekeerd.

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, indien de verzekerde niet zou zijn overleden.

4. Tandheelkundige kosten (Rubriek C)

Indien uit het polisblad blijkt dat deze rubriek is meeverzekerd en een verzekerd 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 één jaar na het ongeval plaats te vinden. Moet de feitelijke behandeling, gezien de leeftijd van de verzekerde worden uitgesteld, dan kan niettemin vergoeding worden verleend, indien 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, indien de behandeling direct na het ongeval zou hebben plaatsgevonden. Tandheelkundige kosten worden uitsluitend ver-

goed 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)

Indien blijkt het polisblad deze rubriek is meeverzekerd en een verzekerde ouder ten gevolge van een gedekt ongeval in een algemeen erkend ziekenhuis wordt opgenomen, zal de maatschappij, zolang de ziekenhuisopneming duurt, echter tot maximaal 365 dagen per ongeval, het op het polisblad vermelde bedrag per dag uitkeren. Bij ziekenhuisopneming van langer dan een maand kunnen desgewenst voorschotten worden verleend.

Artikel 4 - Insluitingen

Met een ongeval wordt gelijkgesteld:

- 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;
- besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie, indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillig 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;
- 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 binnendringen van ziektekiemen of allergenen;
- verstuiking, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel, mits deze letsels plotseling zijn ontstaan en hun aard of plaats geneeskundig zijn vast te stellen;
- verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek, hitteberoerte;
- uitputting, verhongering, verdorsting en zonnebrand als gevolg van onvoorziene omstandigheden;
- wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;
- 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 van:

- ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een andere bij de uitkering belanghebbende;
- ongevallen in verband met het door de verzekerde plegen van of het deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe;
- 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 rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of zaken te redden;
- ongevallen ontstaan als gevolg van een ziekelijke toestand of als gevolg van lichamelijke of geestelijke afwijkingen van de verzekerde, tenzij deze omstandigheden een gevolg zijn van een ongeval waarvoor de maatschappij krachtens deze verzekering een uitkering verschuldigd was of is;
- psychische aandoeningen, van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;
- 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 0,85‰ of hoger was dan wel indien het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was;
- 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;

8. ingewandsbreuk, spit (lumbago), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), krakende peesschede-ontsteking (ten-dovaginitis crepitans), spierverrekkingen, zweepschlag (coup de fouet), ontsteking rondom een schoudergewricht (periartitis humeroscapularis), tennisarm (epicondylitis lateralis) of golfersarm (epicondylitis medialis);
9. 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;
10. ongevallen de verzekerde overkomen als bestuurder van een motorrijtuig met een cilinderinhoud van 50 cc of meer;
11. ongevallen welke het gevolg zijn van het verrichten van beroeps werkzaamheden met houtbewerkingsmachines, tenzij deze bezigheid blijkens een aantekening op het polisblad is meeverzekerd;
12. ongevallen waardoor een verzekerde wordt getroffen tijdens werkzaamheden op booreilanden en tijdens de uitoefening van de volgende beroepen: circusmedewerker, classificeerder, dak-, riet- en leidekker, duiker, gevelreiniger, glazenwasser, kermisexploitant, militair, politie, prof-sporter, sloper, uitbener, slachter, zeevarende;
13. ongevallen die verband houden met het gebruik maken van een motorvliegtuig, anders dan als passagier;
14. 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 (brom)fietsen, indien in die wedstrijden het snelheidselement overheerst;
 - het beoefenen van sport als (neven)beroep;
15. ongevallen ontstaan, bevorderd of verergerd door - hetzij direct, hetzij indirect - gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.

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;
- 16.a. ongevallen, veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreacties onverschillig hoe de reactie is ontstaan;
- b. de onder a. vermelde uitsluiting geldt niet met betrekking tot ongevallen en schade door radio-actieve nucliden die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige overheid afgegeven vergunning (voor zover vereist) van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radio-actieve stoffen.

Onder "Kerninstallatie" wordt verstaan een Kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225), 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.

Het recht op uitkering vervalt:

- aan het einde van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerde ouder de 65-jarige leeftijd heeft bereikt;
- aan het einde van het verzekeringsjaar, waarin een meeverzekerd kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt, tenzij de verzekering op grond van het bepaalde in artikel 13 sub 2c. doorloopt. In dat geval eindigt het recht op uitkering na de in dat artikel genoemde periode.

Artikel 6 - Verplichtingen bij een ongeval

1. Termijnen van aanmelding

- a. In geval van overlijden is de verzekeringnemer of de begunstigde verplicht de maatschappij hiervan tenminste 48 uur vóór de begrafenis of crematie in kennis te stellen.
- b. In geval van blijvende invaliditeit is de verzekeringnemer verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden na een ongeval, door middel van een volledig ingevuld en ondertekend aangifteformulier kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op een uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan.

Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits ten genoegen van de maatschappij wordt aangetoond dat:

 - de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van het ongeval;
 - de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrektheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid is vergroot;

- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.
- c. In geval van arbeidsongeschiktheid dient de verzekeringnemer dan wel de begunstigde daarvan binnen 8 dagen na de eerste geneeskundige behandeling kennis te geven aan de maatschappij. Het recht op uitkering blijft bestaan, indien de kennisgeving volgt binnen 60 dagen na de eerste geneeskundige behandeling en de overschrijding van de gestelde termijn niet aan de verzekeringnemer dan wel de begunstigde kan worden toegerekend. In elk geval vervalt het recht op uitkering indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen 60 dagen na de eerste geneeskundige behandeling.

2. 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.

3. Verplichtingen van de verzekerde bij een ongeval

De verzekerde is verplicht:

- a. zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien 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.

4. 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.

5. Sanctiebepaling

De verzekering geeft geen dekking, indien 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.

6. Verjaringstermijn

In elk geval vervalt het recht op uitkering indien de aanmelding niet plaatsvindt binnen 5 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. Indien 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% |
| doch indien 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% |
| doch indien 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.

- 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.
- d. Ter zake van één of meer ongevallen, tijdens de duur van deze verzekering de verzekerde overkomen, zal de som van alle uitkeringen het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag niet te boven gaan.

5. Rentevergoeding

Indien één 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 366e dag na het ongeval. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

Indien de in artikel 6 sub 1 b. genoemde meldingstermijn van 3 maanden is overschreden, wordt de rente vergoed vanaf de 366e 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, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.
2. De beperking onder 1. van dit artikel is echter niet van toepassing indien 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. Indien 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, kosten en assurantiebelaasting dienen binnen 30 dagen nadat zij verschuldigd zijn geworden, bij vooruitbetaling te worden voldaan aan de maatschappij of de tussenpersoon, die met de inning is belast. Bij gebreke van betaling binnen voornoemde termijn, alsmede bij weigering tot betaling, is de maatschappij vanaf de dag waarop het bedrag verschuldigd was, niet meer tot schadevergoeding verplicht, onverminderd de verplichting van verzekeringnemer tot betaling van premie, kosten en assurantiebelaasting. 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. Bij het beëindigen van de verzekering - anders dan wegens kwade trouw van verzekerde - heeft verzekeringnemer recht op terugbetaling van de premie over de termijn, gedurende welke de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van royementskosten.

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 premievervaldag of op de dag van de weigering te 0.00 uur.

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 of een uitbreiding van de dekking inhoudt.

Artikel 12 - Verlenging en beëindiging

1. De verzekering loopt tot de op het polisblad onder "duur van de verzekering" genoemde datum en wordt telkens stilzwijgend verlengd met de eveneens daar genoemde termijn, onverminderd het bepaalde onder 2 b. en c. van dit artikel.
2. De verzekering eindigt:
 - a. zodra de verzekerde ophoudt zijn woonplaats in Nederland te hebben. In afwijking hiervan blijft de dekking van kracht, indien de verzekerde wegens studie of om andere redenen, die niet van zakelijke of beroepsmatige aard zijn, niet langer dan één jaar buiten Nederland verblijft;
 - b. aan het einde van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerde ouder de 65-jarige leeftijd heeft bereikt of bij zijn eerder overlijden;
 - c. aan het einde van het verzekeringsjaar, waarin een verzekerd kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt. De verzekering blijft echter van kracht gedurende de periode, waarin een vóór de 18-jarige leeftijd al meeverzekerd kind zijn tijd grotendeels besteedt aan het volgen van dagonderwijs. In dit geval eindigt de verzekering uiterlijk aan het einde van het verzekeringsjaar, waarin de verzekerde de 27-jarige leeftijd heeft bereikt of eerder in het huwelijk is getreden. Kinderen die wegens de hiervoor genoemde omstandigheden niet meer op deze polis verzekerd kunnen zijn, hebben het recht de verzekering voort te zetten op een aparte polis tegen de dan geldende voorwaarden en premie voor de op dat moment voor hen verzekerde bedragen, ongeacht de gezondheidstoestand en mits de wens tot voortzetting binnen 2 maanden aan de maatschappij kenbaar wordt gemaakt;
 - d. op de contractsvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk 3 maanden vóór deze datum de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd;
 - e. indien de verzekeringnemer weigert de wijziging van premie of voorwaarden te accepteren die de maatschappij op grond van artikel 11 kan verlangen;
 - f. door schriftelijke opzegging door de maatschappij:
 - indien de verzekeringnemer langer dan 3 maanden in gebreke is gebleven de premie en kosten te betalen;
 - indien door of namens de verzekeringnemer, de verzekerde of de begunstigde met opzet een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.De verzekering eindigt in deze gevallen op de in de opzeggingsbrief genoemde datum. De maatschappij zal alsdan een opzeggingstermijn van tenminste 14 dagen in acht nemen.

3. Onopzegbaarheid

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen kan de verzekering door de maatschappij niet worden opgezegd.

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 - Vervaltermijn

Heeft de maatschappij ten aanzien van een vordering van een rechthebbende uit de verzekering een definitief standpunt ingenomen, hetzij door (een aanbod van) betaling bij wijze van finale kwijting, hetzij door het afwijzen van de vordering, dan vervalt na 1 jaar, te rekenen vanaf de dag waarop die rechthebbende of zijn gemachtigde van dit standpunt kennis kreeg, ieder recht ten opzichte van de maatschappij ter zake van het schadegeval waarop de vordering gegrond was, tenzij de verzekerde binnen die termijn het standpunt van de maatschappij heeft aangevochten.

Artikel 15 - Privacy-reglement

De bij de aanvraag van de verzekering verstrekte en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 13 september 1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage bij de maatschappij.

Artikel 16 - Toepasselijk recht; Klachteninstanties

1. Op deze verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Klachten over de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst kunnen in eerste instantie worden ingediend bij de directie van de maatschappij. Als het oordeel van de directie niet bevredigend wordt geacht, kan men zich tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen wenden. Deze stichting is door de verzekeringsbedrijfstak opgericht; er werken verschillende ombudsmannen. Zij proberen door bemiddeling de klacht op te lossen. Daarnaast is er de Raad van Toezicht die toetst of de maatschappij de goede naam van de bedrijfstak heeft geschaad.
Adres: Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560,
2509 AN Den Haag.
Degene die geen gebruik wil maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstak, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kan het geschil voorleggen aan de rechter.