

Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

Groothandel Zeker



ASSURADEUR

GOUDA & BREDIUS
ASSURADEUREN

INTERMEDIAR/MAKELAAR

Groothandel Zeker





Collectief Ongevallenverzekering

Groothandel Zeker 2010

Algemene voorwaarden

1 Definities

2 Grondslag van de verzekering

Omvang van de dekking

Strekking van de verzekering 3

Rubriek A: uitkering bij overlijden 4

Rubriek B: uitkering bij blijvende invaliditeit 5

Dekkingen boven de verzekerde som 6

Insluitingen 7

Uitsluitingen 8

Begrenzing terrorismerisico 9

Bedrijfs hulpverlening (BHV) 10

Schade, schaderegeling en uitkering

Termijnen van aanmelding 11

Verplichtingen van verzekerde 12

Verplichtingen van verzekeringnemer 13

Sanctie bepaling 14

Vaststelling uitkeringspercentage 15

Invloed kunst- en hulpmiddelen 16

Verhoogde uitkering 17

Maximum uitkering 18

Termijn voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit 19

Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand 20

Verjaring 21

Begunstiging 22

Wijziging van de verzekering of het risico

Wijziging van premie en/of voorwaarden 23

Verplichtingen bij wijziging bedrijf, beroep of daaraan 24

verbonden werkzaamheden

Duur en einde van de verzekering

Duur van de verzekering 25

Einde van de verzekering 26

Einde van de dekking 27

Onopzegbaarheid 28

Premie

Premiebetaling 29

Naverrekening 30

Slotbepalingen

Verzekeringsgebied 31

Nederlands recht 32

Overdracht van rechten 33

Adres van verzekeringnemer 34

Klachtenregeling 35

Bescherming persoonsgegevens 36

Clausuleblad terrorismedekking

Begripsomschrijvingen

1 Definities

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

1.1 De overeenkomst

Deze verzekering is een overeenkomst tussen de op het polisblad genoemde verzekeringnemer en Gouda & Bredius Assuradeuren, gevestigd te Postbus 3957, 1001 AT, Amsterdam ingeschreven in het register van de AFM onder nummer <AFM NR>, K.v.K. nummer <KVK NR>, hierna te noemen de verzekeraar.

De verzekering is met betrekking tot het verzekerde belang van kracht volgens de verzekeringsvorm en de maximum verzekerde sommen als vermeld op het laatst afgegeven polisblad.

1.2 Verzekerden

In deze voorwaarden wordt onder verzekerde verstaan:

- een werknemer, die op het moment van het ongeval een loondienstverband voor bepaalde of onbepaalde tijd heeft met verzekeringnemer inclusief stagiaires, oproepkrachten en uitzendkrachten;
- de bij verzekeringnemer (de vereniging, instelling of groep) aangesloten leden. Als een beroep wordt gedaan op de polis voor het verkrijgen van een uitkering kan verzekeraar verlangen dat wordt aangetoond dat de getroffen(e) tot de kring van de verzekerden behoorde op het moment van het ongeval.

1.3 Jaarloon

Het jaarloon (fiscaal inkomen), dat over een periode van twaalf maanden onmiddellijk voorafgaand aan het ongeval, aan de verzekerde werd uitbetaald. Vergoedingen en dergelijke die niet

door de werkgever aan de fiscus worden opgegeven, komen voor de berekening van de premie en de uitkering niet in aanmerking.

1.4 Totale jaarloonsom

De som van de totale loonsom zoals aangegeven in artikel 1.3 (jaarloon).

1.5 Vaste verzekerde bedragen

Het vooraf overeengekomen verzekerde bedrag waarop een uitkering zal worden gebaseerd.

1.6 Totale vaste verzekerde bedrag

De som van alle vaste verzekerde bedragen volgens artikel 1.5 (vaste verzekerde bedragen).

1.7 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een objectief medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Onder ongeval wordt tevens verstaan de in artikel 7 omschreven gebeurtenissen.

1.8 Blijvende invaliditeit

Blijvend geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde, zonder rekening te houden met het beroep van verzekerde.

2 Grondslag van de verzekering

2.1 De door of namens de verzekeringnemer en de verzekerde aan verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer in het aanvraagformulier, vormen de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en worden geacht daarmee één geheel uit te maken.

2.2 Bij het tot stand komen van de verzekering dient het te verzekeren risico nog niet te hebben plaatsgevonden. Indien blijkt dat dit risico al heeft plaatsgevonden voordat de verzekering tot stand is gekomen, wordt geen dekking voor dat risico verleend.

2.3 Als de informatie zoals bedoeld in artikel 2.1 onjuist of onvolledig blijkt te zijn, heeft verzekeraar het recht om de gevolgen in te roepen die Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek haar biedt, zoals het opzeggen van de verzekering, het weigeren van de schadevergoeding of het beperken van de hoogte van de schadevergoeding.

Omvang van de dekking

3 Strekking van de verzekering

Deze verzekering heeft tot doel een uitkering te verlenen bij overlijden of blijvende invaliditeit van de verzekerde, ten gevolge van een ongeval dat zich heeft voorgedaan tijdens de contractduur.

4 Uitkering bij overlijden (rubriek A)

Als de verzekerde door een ongeval overlijdt, keert verzekeraar het daartoe verzekerde bedrag uit. Als verzekeraar voor hetzelfde ongeval al een uitkering heeft verleend wegens blijvende invaliditeit dan wordt laatstgenoemde uitkering in mindering gebracht op de uitkering bij overlijden.

Indien de al verleende uitkering wegens blijvende invaliditeit hoger is geweest dan de uitkering bij overlijden, zal verzekeraar het verschil niet terugvorderen.

5 Uitkering bij blijvende invaliditeit (rubriek B)

5.1 In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

5.2 Als de verzekerde vóór de vaststelling van de blijvende invaliditeit overlijdt, anders dan door het ongeval, blijft het recht op uitkering bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door de op grond van medische rapporten verwachte definitieve graad van (functie) verlies, als de verzekerde in leven zou zijn gebleven.

6 Dekkingen boven de verzekerde som

6.1 Daggelduitkering bij ziekenhuisopname

Als verzekerde als gevolg van een ongeval moet worden opgenomen in een ziekenhuis, bestaat aanspraak op een daggeldvergoeding bij een ziekenhuisopname van tenminste drie aaneensluitende dagen. De dag van opname en de dag van ontslag tellen mee in het bepalen van het aantal dagen. De uitkering bedraagt € 10,- per dag. De uitkering wordt verleend over de volledige duur van de ziekenhuisopname. De maximale



Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

vergoeding voor alle ziekenhuisopnamen die verband houden met hetzelfde ongeval bedraagt € 250,- per verzekeringsjaar.

6.2 Beschadiging van gebit Indien als direct gevolg van een ongeval een beschadiging ontstaat aan tenminste 2 tanden of kiezen, worden de kosten verbonden aan tandheelkundige dan wel tandtechnische behandeling vergoed tot een maximum van 2 % van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag. Als aan de gebitsprothese een beschadiging ontstaat aan tenminste twee tanden of kiezen, dan bestaat recht op vergoeding uitsluitend indien medische behandeling van de mond of de mondhoud noodzakelijk is.

6.3 Plastische chirurgie

In geval van een ongeval vergoedt verzekeraar de kosten van plastische chirurgie om de tengevolge van het ongeval ontstane misvorming, mismaking, of ontsiering te behandelen. De kosten worden alleen vergoed als naar het oordeel van een plastisch chirurg een redelijke kans op verbetering of herstel daarvan bestaat. De kosten verband houdende met de operatie of poliklinische behandeling, de voorgeschreven medicamenten, verbanden en andere geneesmiddelen en de kosten van verpleging in het ziekenhuis worden vergoed mits deze behandeling plaatsvindt binnen 2 jaar na het ongeval. De vergoeding bedraagt maximaal 10% van het onder rubriek B verzekerde bedrag met een absoluut maximum van € 5.000,- per ongeval. Als de bovenvermelde kosten door een andere verzekering zijn gedekt of zouden zijn gedekt als deze verzekering niet zou hebben bestaan of als de kosten verhaald kunnen worden op een aansprakelijke derde, bestaat op deze dekking geen aanspraak.

6.4 Repatriëring

Als een verzekerde door een ongeval tijdens een verblijf buiten Nederland komt te overlijden, vergoedt verzekeraar, boven het voor overlijden verzekerde bedrag, de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 5.000,-. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend bij gemaakte kosten van repatriëring, als deze kosten niet door enige andere verzekering of voorziening worden vergoed of zouden worden vergoed als deze verzekering niet zou hebben bestaan.

7 Insluitingen

Onverminderd het in artikel 1.8 bepaalde wordt onder ongeval tevens verstaan:

7.1 Ongeval tengevolge van ziekte

een ongeval (mede) ontstaan door ziekte, gebrek of een afwijkende lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde;

7.2 Verstikking

Verstikking, bevriezing, verbranding, verdrinking, zonnesteek, hitteberoerte, bliksemingslag en andere elektrische ontlading;

7.3 Binnenkrijgen stoffen en voorwerpen

het van buitenaf ongewild en plotseling binnenkrijgen van stoffen of vreemde voorwerpen in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de ogen of de gehoororganen, waardoor inwendig letsel ontstaat met uitzondering van het binnendringen van ziektekiemen of allergenen;

7.4 Acute vergiftiging

acute vergiftiging door het ongewild en plotseling binnenkrijgen van gassen, dampen, vaste of vloeibare stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van genees-, genot- of narcosemiddelen, en anders dan het binnenkrijgen van allergenen;

7.5 Besmetting

besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie indien deze besmetting of reactie een rechtstreeks gevolg is van een onvrijwillige val in het water of in enige andere (vloeï-)stof, dan wel het gevolg is van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van personen;

7.6 Wondinfectie en bloedvergiftiging

wondinfectie of bloedvergiftiging door het binnendringen van ziektekiemen in een door een gedekt ongeval ontstaan letsel;

7.7 Uitputting

uitputting, zonnebrand, verhogering en verdorsting als gevolg van onvoorzienne omstandigheden;

7.8 Spier- en bandweefsel

verstuiking, ontwrichting, verrekking en scheuring van spieren, banden en pezen als gevolg van een eigen plotselinge krachtsinspanning,

mits de aard en de plaats geneeskundig vast te stellen zijn;

7.9 Complicaties ongevalletsel

complicaties en verergeringen van het ongevalletsel als rechtstreeks gevolg van verleende eerste hulp bij een ongeval of van medische behandeling van door een ongeval veroorzaakt letsel;

7.10 Infectie

infectie door koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschurft, trichophytie en de ziekte van Bang.

8 Uitsluitingen

Verzekeraar is niet tot enige uitkering verplicht ter zake van ongevallen:

8.1 Onjuiste opgave

waarover verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan;

8.2 Opzet

ontstaan door opzet of met goedvinden van de verzekerde of een begunstigde;

8.3 Misdrijf

waarvan het ontstaan in verband staat met het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe;

8.4 Waagstuk

door waagstukken, tenzij redelijkerwijs noodzakelijk voor de uitoefening van het beroep, en vechtpartijen anders dan bij rechtmatige zelfverdediging of bij pogingen zichzelf, anderen, dieren of goederen te redden;

8.5 Alcohol

- verzekerde overkomen, terwijl zijn bloedalcoholgehalte 0,8 promille of hoger was;

- verzekerde overkomen, terwijl het ademalcoholgehalte 350 microgram of hoger was;

- verzekerde overkomen waarbij verzekeraar op grond van verzamelde toedrachtgegevens in redelijkheid aannemelijk maakt dat het ongeval mede een gevolg was van overmatig alcoholgebruik;

8.6 Verslavende middelen

ontstaan door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift, tenzij het gebruik overeenkomt met het voorschrift dat een arts heeft verstrekt en verzekerde zich aan de gebruiksaanwijziging heeft gehouden;

8.7 Sport

die het gevolg zijn van:

8.7.1

het beoefenen van een sport tegen betaling, anders dan als amateur met uitsluitend een onkostenvergoeding;

8.7.2

training, oefening of deelname aan snelheidswedstrijden of rally's met motorrijtuigen of motorvoertuigen, tenzij het gaat om betrouwbaarheids-, puzzel- en oriëntatieritten waarbij het snelheidsaspect geen rol van betekenis speelt;

8.8 Luchtvaartuig

verzekerde overkomen tijdens het verblijf in een luchtvaartuig anders dan als passagier;

8.9 Gedeeltelijk verlies

Voor gedeeltelijk verlies van reuk en/of smaak wordt geen uitkering verleend;

8.10 Molest

welke zijn ontstaan, bevorderd of verergerd door:

a een gewapend conflict, hier wordt onder verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de één de ander, gebruik makend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties;

b burgeroorlog, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;

c opstand, hier wordt onder verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;

d binnenlandse onlusten, hier wordt onder verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende



Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

plaatsen zich voordoend binnen een staat;
 e oproer, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag;
 f muiterij, hier wordt onder verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn; Deze beperking geldt niet voor ongevallen die verzekerde zijn overkomen in het buitenland binnen 14 dagen sinds het eerste plaatsvinden van het molest en als de verzekerde kan aantonen dat hij door het molest werd verrast;
 8.11 Atoomkernreacties ontstaan door, opgetreden bij of voortvloeiende uit atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radio-actieve nucliden, die zich overeenkomstig hun bestemming buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke, onderwijskundige, of (niet-militaire) beveiligingsdoeleinden, mits er een door enige te dezer zake bevoegde 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.

9 Begrenzing terrorisme

Als en voor zover deze verzekering dekking biedt, wordt voor schaden en/of ongevallen die voortvloeien uit of verband houden met terrorisme uitsluitend dekking verleend op basis van het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Het Clausuleblad is aan het eind van deze voorwaarden weergegeven.

10 Bedrijfs hulpverlening (BHV)

Voor de verzekerden die aantoonbaar deel uitmaken van de BHV van het bedrijf is het gestelde in artikel 8.2 en 8.4 is niet van toepassing als zij in het uitoefenen van hun functie van bedrijfs hulpverlener als gevolg van een ongeval letsel hebben opgelopen.

Schade, schaderegeling en uitkering

11 Termijnen van melding

11.1 Melding overlijden

In geval van overlijden is verzekeringnemer of, als verzekeringnemer dit niet kan, de begunstigde verplicht verzekerder:

11.1.1

Terstond melding te doen van dat ongeval, doch in ieder geval 48 uur voor de begrafenis of crematie, op het daarvoor bestemde formulier van aangifte;

11.1.2

een schriftelijke en ondertekende verklaring omtrent oorzaak en toedracht van het ongeval, alsmede aard en omvang van het letsel te overleggen;

11.1.3

toestemming te geven voor en medewerking te verlenen aan alle maatregelen die verzekerder nodig oordeelt ter vaststelling van de doodsoorzaak (bijvoorbeeld sectie).

11.2 Melding blijvende invaliditeit

Verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde is verplicht verzekerder zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie maanden, kennis te geven van een ongeval waaruit een recht op een uitkering voor blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan met het daarvoor bestemde formulier van aangifte. Wordt de melding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering bestaan, op voorwaarde dat aan verzekerder wordt aangetoond dat:

11.2.1

de blijvende invaliditeit rechtstreeks en uitsluitend het gevolg is van het ongeval;

11.2.2

de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrek of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot;

11.2.3

verzekerde zich tijdig onder behandeling heeft gesteld van een

bevoegd arts, in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd en al het mogelijke heeft gedaan om zijn herstel te bevorderen.

12 Verplichtingen van verzekerde

Verzekerde is verplicht:

12.1

zich zo spoedig mogelijk onder behandeling van een bevoegd arts te stellen en onder behandeling te blijven als dit redelijkerwijs noodzakelijk is;

12.2

al het mogelijke te doen om zijn herstel te bevorderen en alles na te laten wat zijn herstel kan vertragen of verhinderen;

12.3

de voorschriften van zijn behandelend(e) arts(en) op te volgen;

12.4

zich desgevraagd op kosten van verzekeraar door een door verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken en aan deze alle gewenste informatie te verstrekken, respectievelijk zich voor onderzoek te laten opnemen in een door verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling;

12.5

alle door verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan verzekeraar of aan de door haar aangewezen medische en andere deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen;

12.6

Verzekeraar vooraf mededeling te doen van zijn vertrek naar het buitenland, als zijn verblijf daar meer dan zes maanden zal duren;

12.7

aan te tonen dat hij tot de kring van verzekerden behoort die op het polisblad is aangegeven;

12.8

geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de bepaling van het recht op uitkering of de omvang daarvan van belang kunnen zijn, of met betrekking tot deze feiten en omstandigheden onjuiste of onvolledige informatie te verstrekken.

13 Verplichtingen van verzekeringnemer

Verzekeringnemer is gehouden de in de artikelen 11 en 12 genoemde verplichtingen, voor zover verzekerde daaraan niet heeft voldaan of heeft kunnen voldoen, na te komen voor zover dit in zijn vermogen ligt.

14 Sanctiebepaling

Geen recht op uitkering bestaat, als verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde één of meer van de verplichtingen genoemd in artikel 11 en 12 niet is nagekomen en daardoor de belangen van verzekerder heeft geschaad.

15 Vaststelling uitkeringspercentage

15.1

Bij blijvende invaliditeit van de verzekerde door een ongeval keert verzekerder het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag geheel of gedeeltelijk uit. verzekerder stelt de aanwezigheid en de mate van de functionele invaliditeit bij een verzekerde vast op basis van de rapportage van door ons aangewezen medische en (eventueel) andere deskundigen. De bepaling van het percentage functieverlies geschiedt volgens objectieve maatstaven en wel zoveel mogelijk overeenkomstig de laatste uitgave van de 'Guides to the Evaluation of Permanent Impairment' van de American Medical Association (A.M.A) en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Orthopaedie.

15.2

De vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit van het post-whiplash syndroom gebeurt volgens de richtlijnen zoals deze zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Orthopaedie.

15.3

Ter zake van blijvende invaliditeit als gevolg van één ongeval, bedraagt het uitkeringspercentage nooit meer dan 100%.

16 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op basis van het verlies of het functieverlies zonder rekening te houden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen. Als na het ongeval inwendig kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst wordt



Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

met het daardoor verkregen geringere verlies of geringere functieverlies wel rekening gehouden.

17 Verhoogde uitkering

Als op het polisblad is vermeld dat voor rubriek B een verhoogde (225%) of extra verhoogde (350%) uitkeringsschaal van toepassing is, wordt bij een mate van blijvende invaliditeit van 26% of meer een uitkering verleend overeenkomstig de hieronder vermelde tabel.

Mate van blijvende verhoogde extra verhoogde invaliditeit

Uitkeringstabel	Verhoogd (225%)	Extra Verhoogd (350%)
26 t/m 30%	40%	45%
31 t/m 35%	50%	55%
36 t/m 40%	60%	70%
41 t/m 45%	70%	85%
46 t/m 50%	80%	100%
51 t/m 55%	90%	125%
56 t/m 60%	105%	150%
61 t/m 65%	120%	175%
66 t/m 70%	135%	200%
71 t/m 75%	150%	225%
76 t/m 80%	165%	250%
81 t/m 85%	180%	275%
86 t/m 90%	195%	300%
91 t/m 95%	210%	325%
96 t/m 100%	225%	350%

18 Maximum uitkering

18.1

Het maximaal uit te keren bedrag per persoon per gebeurtenis, exclusief de eventuele verhoogde of extra verhoogde uitkering, bedraagt:

18.1.1

voor rubriek A: 2 250.000,-;

18.1.2

voor rubriek B: 2 500.000,-.

18.2

Ter zake van één of meer ongevallen, gedurende de looptijd van deze verzekering de verzekerde overkomen, zal de som van alle uitkeringen het voor deze rubrieken verzekerde bedrag niet te boven gaan, tenzij er sprake is van:

18.2.1

een uitkering op grond van de dekking in overeenstemming met het onder artikel 17 bepaalde;

18.2.2

een rentevergoeding in overeenstemming met het onder artikel 19.2 bepaalde;

18.3

als bij dezelfde gebeurtenis meer verzekerden door een ongeval zijn getroffen zal, op grond van deze verzekering, totaal maximaal 5 miljoen euro worden uitgekeerd. Als dit maximum wordt overschreden, worden de per persoon verzekerde bedragen naar evenredigheid verlaagd.

19 Termijn voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit

19.1

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op het moment dat er noch verbetering, noch verslechtering zal optreden in de toestand van verzekerde, doch uiterlijk twee jaar na het ongeval.

19.2

Als één jaar na het ongeval de mate van blijvende invaliditeit nog niet kan worden vastgesteld, vergoedt verzekeraar de wettelijke rente over het uiteindelijk wegens blijvende invaliditeit uit te keren bedrag. Deze rente wordt berekend vanaf de 366e dag na het ongeval tot de dag waarop de uitkering wegens blijvende invaliditeit plaatsvindt. De rente zal gelijktijdig met de uitkering wegens blijvende invaliditeit worden voldaan.

19.3

Als de in artikel 11.2 vermelde meldingstermijn van 3 maanden is overschreden en daardoor het uitkeringspercentage later kan worden vastgesteld dan het geval zou zijn geweest bij tijdige melding, wordt over de periode waaruit de vertraging bestaat geen rente uitgekeerd.

20 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

20.1

Mochten de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrek of een abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde, dan wordt voor de vaststelling van de uitkering(en) uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, als verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.

20.2

De beperkingen in dit artikel onder lid 1 genoemd zijn niet van toepassing als de bestaande ziekte, het gebrek of de abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor verzekeraar al op grond van deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

20.3

Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, wordt hiervoor door verzekeraar geen uitkering verleend.

20.4

Als al vóór het ongeval een verlies of een functieverlies van het betrokken lichaamsdeel, vermogen of orgaan bestond, wordt de uitkering voor blijvende invaliditeit naar evenredigheid verlaagd.

21 Verjaring

21.1

Een rechtsvordering tegen verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na het moment waarop de tot uitkering gerechtigde kennis kreeg of had kunnen krijgen van een gebeurtenis waaruit voor verzekeraar een verplichting tot uitkering kan voortvloeien.

21.2

De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.

21.3

In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.

22 Begunstiging

De uitkering bij overlijden zal, tenzij anders is overeengekomen, plaatsvinden aan:

- de echtgenoot/echtgenote of geregistreerd partner van verzekerde;
- als deze ontbreekt: aan de kinderen van verzekerde ieder voor een gelijk deel;
- Ontbreken dezen: aan de gezamenlijke erfgenamen van de verzekerde zonder dat het kapitaal ten opzichte van verzekeraar verdeelbaar is. Als de nalatenschap van verzekerde overeenkomstig de wet aan de Staat dan wel aan de boedelcrediteuren vervalt, wordt geen uitkering op grond van deze verzekering gedaan. Alle overige uitkeringen geschieden, tenzij anders is overeengekomen, aan de verzekerde.

Wijziging van de verzekering of het risico

23 Wijziging van premie en/of voorwaarden

23.1

Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen van de bij haar lopende en geschorste verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering hiertoe, dan is verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum.

23.2

Voor die verzekeringen waarop een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door verzekeraar bepaalde datum. Echter de wijziging van de voorwaarden zal van kracht worden, zodra de uitkering is beëindigd.

23.3

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. In het laatste geval eindigt de desbetreffende verzekering op de datum die door verzekeraar in de mededeling wordt genoemd.



Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

23.4

De verzekeringnemer kan de verzekering niet beëindigen als:
 a de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 b de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
 c de wijziging een uitbreiding van de dekking met een gelijkblijvende premie inhoudt;

24 Verplichtingen bij wijziging bedrijf, beroep of daaraan verbonden werkzaamheden

24.1

Bij een wijziging van de aard van het bedrijf of van het beroep en/of de beroepswerkzaamheden van alle verzekerden of relevante groepen daarvan, is verzekeringnemer verplicht verzekeraar binnen 30 dagen deze verandering schriftelijk te melden.

24.2

Als de wijziging naar het oordeel van verzekeraar geen risicoverzwaarig tot gevolg heeft, blijft deze verzekering ongewijzigd van kracht, eventueel tegen verlaagde premie vanaf de datum dat verzekeraar in kennis is gesteld van de wijziging.

24.3

In geval van een voor verzekeraar aanvaardbare risicoverzwaarig wordt de premie aan het nieuwe risico aangepast, waarbij ook andere voorwaarden kunnen worden gesteld. De verzekeringnemer heeft het recht binnen 30 dagen na aankondiging van de wijziging bezwaar aan te tekenen, in welk geval de verzekering wordt beëindigd aan het einde van deze genoemde termijn.

24.4

Als bij een schademelding blijkt dat er geen mededeling, zoals in dit artikel onder lid 1 bedoeld aan verzekeraar is gedaan, gelden de navolgende bepalingen:

24.4.1

is er naar het oordeel van verzekeraar geen sprake van een risicoverzwaarig, dan blijft de dekking onverminderd van kracht;

24.4.2

is er naar het oordeel van verzekeraar sprake van een risicoverzwaarig die geleid zou hebben tot een wijziging van de premie en/of condities, dan zal de uitkering voor ongevallen plaatsvinden in verhouding van de premie voor het op het polisblad vermelde beroep, tot de premie die voor het nieuwe beroep verschuldigd is. Eventuele voor het nieuwe beroep geldende beperkende condities zullen eveneens worden toegepast. Deze vermindering zal niet worden toegepast indien verzekerde een ongeval buiten zijn beroep is overkomen.

24.4.3

Is er naar het oordeel van verzekeraar sprake van een risicoverzwaarig die van dien aard is dat bij bekendheid hiervan de verzekering zou zijn beëindigd, dan bestaat geen recht op uitkering tenzij het een ongeval betreft dat verzekerde buiten zijn beroep is overkomen. De verzekering eindigt in dit geval met ingang van de datum waarop verzekeraar kennis nam van de wijziging.

24.5 Terugbetaling van de premie In de gevallen dat er sprake is van beëindiging van de verzekering of verlaging van de premie overeenkomstig dit artikel, wordt over de nog niet verstreken termijn premierestitutie verleend.

Duur en einde van de verzekering

25 Duur van de verzekering

De verzekering wordt aangegaan voor de op het polisblad vermelde contractduur en wordt telkens stilzwijgend voor de op het polisblad vermelde termijn verlengd.

26 Einde van de verzekering

De verzekering eindigt:

26.1

door schriftelijke opzegging van de overeenkomst door de verzekeringnemer:

26.1.1

tegen het einde van de op het polisblad vermelde contractduur, met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden;

26.1.2

binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling van verzekeraar, houdende een wijziging van de premie en/of voorwaarden ten nadele van de verzekeringnemer en/of verzekerde. De overeenkomst eindigt op de dag waarop de

wijziging volgens de schriftelijke mededeling van verzekeraar ingaat, zij het niet eerder dan dertig dagen na de datum van dagtekening van bedoelde mededeling;

26.1.3

binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover de verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de overeenkomst heeft gedaan. De overeenkomst eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

26.2

door schriftelijke opzegging van de overeenkomst door VERZEKERAAR:

26.2.1

indien de verzekerde naar aanleiding van een gemelde gebeurtenis heeft gehandeld met het opzet verzekeraar te misleiden. De overeenkomst eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum;

26.2.2

indien de verzekeringnemer de verschuldigde premie niet tijdig betaalt en de verzekeringnemer na het verstrijken van de premievervaldag door verzekeraar vruchteloos tot betaling van de premie is aangemaand. De overeenkomst eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum, maar niet eerder dan twee maanden na de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief;

26.2.3

binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer de mededelingsplicht bij het aangaan van de overeenkomst niet is nagekomen en verzekeringnemer daarbij heeft gehandeld met de opzet verzekeraar te misleiden dan wel verzekeraar de overeenkomst bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De overeenkomst eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.

27 Einde van de dekking

De dekking eindigt van rechtswege voor een verzekerde:

27.1

aan het eind van het verzekeringsjaar, waarin verzekerde 70 jaar is geworden;

27.2

op de dertigste dag nadat verzekerde zich blijvend buiten Nederland heeft gevestigd.

27.3

op de dag van het overlijden van verzekerde;

27.4

aan het einde van het verzekeringsjaar waarin in overeenstemming met het bepaalde in artikel 15 de invaliditeitsgraad bij verzekerde is vastgesteld op 100%.

28 Onopzegbaarheid

Behoudens de in deze voorwaarden genoemde gevallen is de verzekering onopzegbaar van de zijde van verzekeraar.

Premie

29 Premiebetaling

29.1 Premiebetaling in het algemeen

De verzekeringnemer dient de premie, daaronder begrepen de kosten en de assurantiebelaasting, bij vooruitbetaling te voldoen.

29.1.1 Automatische premiebetaling

Als automatische premiebetaling is overeengekomen, worden de premiekosten en assurantiebelaasting telkens omstreeks de premievervaldag automatisch van de op de machtiging vermelde rekening afgeschreven. Als door enige oorzaak, zoals bijvoorbeeld opheffing van de rekening, onvoldoende saldo, te hoog debetsaldo of anderszins, betaling van de verschuldigde premie, kosten en assurantiebelaasting niet plaatsvindt en de verzekeringnemer het verschuldigde bedrag ook niet op andere wijze voldoet uiterlijk op de veertiende dag nadat het verschuldigd is, wordt de dekking geschorst. De schorsing gaat in op de vijftiende dag nadat verzekeraar de verzekeringnemer na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven. De schorsing werkt terug tot de eerste dag van de periode waarover de premie verschuldigd was.

29.1.2 Niet-automatische premiebetaling

De verzekeringnemer dient de premie, kosten en assurantiebelaasting te betalen uiterlijk op de veertiende dag nadat zij verschuldigd zijn. Als de verzekeringnemer het verschuldigde bedrag niet tijdig betaalt, wordt de dekking geschorst. De schorsing gaat in op de vijftiende dag nadat verzekeraar de verzekeringnemer na de vervaldag



schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven. De schorsing werkt terug tot de eerste dag van de periode waarover de premie verschuldigd was.

29.1.3

De verzekeringnemer blijft verplicht de premie, kosten en assurantiebelaasting te betalen. De dekking gaat weer in op de dag volgend op die, waarop de betaling door verzekeraar is ontvangen. Als met verzekeraar premiebetaling in termijnen is overeengekomen, gaat de dekking pas in op de dag volgend op die, waarop alle onbetaald gebleven premies over de reeds verstreken termijnen, inclusief kosten en assurantiebelaasting, door verzekeraar zijn ontvangen.

29.2 Terugbetaling van premie

Behalve bij opzegging wegens opzet verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

30 Naverrekening

30.1 Verzekering op basis van totale bruto jaarloon

Als de premie voor deze verzekering is gebaseerd op het totale bruto jaarloon, wordt jaarlijks een voorschotpremie vastgesteld. Verzekeringnemer dient daarom aan het begin van ieder verzekeringsjaar aan verzekeraar een opgave te verstrekken van het totale jaarloon van het afgelopen jaar. De premie voor het komende jaar zal over het definitieve jaarloon van het voorafgaande jaar worden berekend, terwijl tevens verrekening over het afgelopen jaar zal plaatsvinden. Naar gelang de definitieve premie hoger of lager is dan de voorschotpremie die in rekening is gebracht, is verzekeringnemer verplicht premie bij te betalen dan wel is verzekeraar verplicht premie te restitueren. In geval van een bijbetaling dient verzekeringnemer deze premie te betalen uiterlijk op de 30ste dag nadat deze verschuldigd wordt. Verzekeringnemer is verplicht jaarlijks voor 1 april een opgave te verstrekken van het totaal bruto jaarloon per 1 januari van dat jaar. Als verzekeringnemer in gebreke blijft, heeft verzekeraar het recht de voorschotpremie met minimaal 30% te verhogen als daartoe aanleiding is op grond van aan verzekeraar bekende gegevens. Tevens zal deze premie gelden als definitieve premie over het afgelopen verzekeringsjaar.

30.2 Verzekerde op basis van vaste bedragen

Als de premie voor deze verzekering is gebaseerd op vaste verzekerde bedragen, wordt jaarlijks een voorschotpremie vastgesteld op basis van het aantal deelnemers. Verzekeringnemer dient daarom aan het begin van ieder verzekeringsjaar aan verzekeraar een opgave te verstrekken van het aantal deelnemers in het afgelopen jaar. De premie voor het komende jaar zal over het definitieve aantal deelnemers van het voorafgaande jaar worden berekend, terwijl tevens verrekening over het afgelopen jaar zal plaatsvinden. Naar gelang de definitieve premie hoger of lager is dan de voorschotpremie die in rekening is gebracht, is verzekeringnemer verplicht premie bij te betalen dan wel is verzekeraar verplicht premie te restitueren.

In geval van een bijbetaling dient verzekeringnemer deze premie te betalen uiterlijk op de 30ste dag nadat deze verschuldigd wordt. Verzekeringnemer is verplicht jaarlijks voor 1 april een opgave te verstrekken van aantal deelnemers per 1 januari van dat jaar. Als verzekeringnemer in gebreke blijft, heeft verzekeraar het recht de voorschotpremie met minimaal 30% te verhogen als daartoe aanleiding is op grond van aan verzekeraar bekende gegevens. Tevens zal deze premie gelden als definitieve premie over het afgelopen verzekeringsjaar.

Slotbepalingen

31 Verzekeringsgebied

De verzekering is geldig in de gehele wereld.

32 Nederlands recht

Op deze verzekering zijn de bepalingen van het Nederlands recht van toepassing.

33 Overdracht van rechten

De rechten uit deze verzekering, waaronder het recht op uitkering, kunnen niet worden beleend, afgekocht, vervreemd of in pand gegeven, noch anderszins tot voorwerp van zekerheid dienen.

34 Adres

34.1

Bij een kennisgeving door verzekeraar aan een belanghebbende bij de verzekering, kan worden volstaan met het verzenden van

een niet aangetekende brief aan het verzekeraar laatst bekende adres. Een wijziging van adres moet met een afzonderlijk schriftelijk verhuisbericht zo spoedig mogelijk aan verzekeraar worden meegedeeld.

34.2

verzekeraar kan in afwijking van lid 1 ook volstaan met het verzenden van een kennisgeving langs elektronische weg met inachtneming van de regels die daartoe zijn gesteld op grond van het bepaalde in Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

35 Klachten, geschillen en toepasselijk recht

Interne klachtenprocedure Klachten die betrekking hebben op de totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden gericht aan:

• Gouda & Bredius Assuradeuren
Ter attentie van de afdeling Klachtenservice,
Postbus 3957, 1001 AT, Amsterdam,



Tel. nummer: 020 - 305 85 85

E-mail: Groothandelzeker@klap.com

Klachten- en geschillenprocedure KiFiD



Wanneer na het doorlopen van de interne klachtenprocedure het oordeel van de directie van de verzekeraar voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is in de zin van de reglementen van het KiFiD, kan belanghebbende zich binnen 3 maanden na de datum waarop de directie van de verzekeraar dit standpunt heeft ingenomen, wenden tot:

• Klachteninstituut Financiële Dienstverlening ("KiFiD")

postbus 93257

2509 AG Den Haag

Telefoonnummer: 0900 - KLACHT (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 belanghebbende geen gebruik wil maken van de hiervoor genoemde klachtenbehandelingsmogelijkheden of wanneer de klachtenbehandeling of de uitkomst daarvan voor belanghebbende niet bevredigend is, kan belanghebbende het geschil inhoudelijk voorleggen aan de bevoegde rechter, tenzij er sprake is geweest van een bindend advies.

36 Persoonsgegevens

Bij de aanvraag of wijziging van een verzekering/financiële dienst worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar, verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voor het uitvoeren van marketingactiviteiten, ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de Gedragscode is te raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. De Gedragscode kan ook worden opgevraagd bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

1 Begripsomschrijvingen

In dit clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt – voor zover niet anders blijkt – verstaan onder:

1.1 Terrorisme

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid,



Polismantel GroothandelZeker Collectief Ongevallen

al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks -al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2 Kwaadwillige besmetting

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg

van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3 Preventieve maatregelen

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - als dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4 Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5 Verzekeringsovereenkomsten

a Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1 lid 1 sub p van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.

b Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of als verzekeringnemer een rechtspersoon is met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

c Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of als verzekeringnemer een rechtspersoon is met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6 In Nederland toegelaten verzekeraars

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht natura-uitvaartverzekering, die bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2 Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1

Als en voor zover met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op uitkering en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2

De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3

In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan; dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen. Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er tenminste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3 Uitkeringsprotocol NHT

3.1

Op de herverzekering van verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op Het Protocol, inclusief toelichting, is op 13 juni 2003 bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te "s-Gravenhage gedeponneerd onder nummer 27178761 en op 12 juni 2003 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 79/2003 grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de uitkering of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken,

is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan verzekeraar te doen.

3.2

De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3

Eerst nadat de NHT aan verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering

tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover verzekeraar aanspraak maken.

3.4

De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op uitkering en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.