

Collectieve verzekering Gemeen Recht

Algemene voorwaarden



INHOUD

BIJSTAND

DEFINITIES	5
BEDRIJFSLEIDER	5
VERZEKERDEN	5
VERBINTENISSEN VAN AXA ASSISTANCE	5
VERBINTENISSEN VAN DE VERZEKERDE	5
1. EERSTE TELEFONISCHE BIJSTAND 24U/24	6
2. PSYCHOLOGISCHE BIJSTAND	6
3. MOBILITEIT	6
4. HUISHOUELIJKE HULP	7
5. OPDRACHTEN IN HET BUITENLAND	7
6. VERVROEGDE TERUGKEER UIT HET BUITENLAND VAN DE GEZINSLEDEN VAN DE GETROFFENE	7
7. ZIEKENBEZOEK IN HET BUITENLAND	8
8. VERVROEGDE TERUGKEER UIT HET BUITENLAND VAN DE BEDRIJFSLEIDER	8
9. HULP BIJ HET ZOEKEN VAN TIJDELIJK PERSONEEL	8
10. OPRICHTEN VAN EEN CRISISCEL	8
11. DIVERSE DIENSTEN IN HET KADER VAN EEN DOOR ONDERHAVIGE VERZEKERING GEDEKT BEROEPSONGEVAL	9

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1 - OMSCHRIJVING VAN DE IN DE TEKST GEBRUIKTE BEGRIPPEN	10
---	----

VOORWERP EN OMVANG VAN DE DEKKING

Artikel 2	- BASISDEKKING	12
Artikel 3	- FACULTATIEVE UITBREIDING	12
Artikel 4	- DEKKING BIJ SPORTONGEVAL	13
Artikel 5	- OMVANG VAN DE DEKKINGEN	14
Artikel 6	- VERZEKERINGSGBIED	17
Artikel 7	- VERLIES VAN DE HOEDANIGHEID VAN VERZEKERDE	17
Artikel 8	- VOORAFBESTAANDE OF INTERCURRENTE TOESTAND	17
Artikel 9	- DEKKING IN GEVAL VAN EEN DAAD VAN TERRORISME	17
Artikel 10	- UITSLUITINGEN	18

VERZEKERD RISICO

Artikel 11	- MEDEDELING VAN HET RISICO	19
Artikel 12	- VERMINDERING VAN HET RISICO	20
Artikel 13	- VERZWARING VAN HET RISICO	20

LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 14	- INWERKINGTREDING	22
Artikel 15	- DUUR	22
Artikel 16	- VERANDERING VAN VERZEKERINGNEMER	22
Artikel 17	- OPZEGGING	23

PREMIE

Artikel 18	-	BETALING	24
Artikel 19	-	BEREKENINGSWIJZE	24
Artikel 20	-	NIET-BETALING VAN DE PREMIE	25
Artikel 21	-	CONTROLE	26
Artikel 22	-	TARIEFWIJZIGING OF WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGSVOORWAARDEN	26

SCHADEGEVAL

Artikel 23	-	MEDEDELING	27
Artikel 24	-	INDEPLAATSSTELLING	28
Artikel 25	-	MEDISCHE EXPERTISE	28

ALLERLEI BEPALINGEN

Artikel 65	-	MEERDERE VERZEKERINGNEMERS	29
Artikel 27	-	KEUZE VAN WOONPLAATS	29
Artikel 28	-	TOEPASSELIJKE WET	29

BIJSTAND

Deze dekking treedt tegelijk met de verzekering Collectieve Gemeen Recht in werking en blijft voor dezelfde duur van kracht.

De bijstandsprestaties worden verleend door INTER PARTNER ASSISTANCE, verzekeringsmaatschappij toegelaten onder het codenr. 0487 om Bijstandsverzekeringen te beoefenen (K.B. van 04.07.1979 en van 13.07.1979, B.S. van 14.07.1979), met maatschappelijke zetel gevestigd te 1050 Brussel op de Louizalaan 166, Bus 1, die de bijstand organiseert en, voor de waarborg bijstand, het beheer van de contracten toevertrouwt aan de maatschappij, met uitzondering van het schadebeheer.

Elke vraag betreffende een bijstandsverlening moet gericht worden aan **AXA Assistance**. Hiervoor vormt u het volgende telefoonnummer: 02/550.05.30.

DEFINITIES

In afwijking van de definities opgenomen in Titel I, dient men onder verzekerde te verstaan de persoon die het slachtoffer geworden is van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval.

BEDRIJFSLEIDER

De fysieke persoon die het dagelijks bestuur van de onderneming in haar geheel, van een vestiging of filiaal van de onderneming op zich neemt.

VERZEKERDEN

Tenzij anders bepaald zijn de verzekerden die een beroep kunnen doen op de diensten van deze bijstand de begunstigden van de wettelijke of bovenwettelijke dekking op wie het onderhavige contract van toepassing is.

VERBINTENISSEN VAN AXA ASSISTANCE

Indien een verzekerde het slachtoffer wordt van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval, organiseert AXA Assistance de bijstand binnen de grenzen van wat hieronder beschreven staat.

Tenzij anders bepaald, worden de facturen van de bijstandverleners niet door AXA Assistance vergoed.

De vergoedingsgrenzen van de bijstandsdekking zijn niet geïndexeerd.

VERBINTENISSEN VAN DE VERZEKERDE

Om voor de prestaties van de bijstandsdekking in aanmerking te komen, moet de verzekerde :

- eerst en vooral contact opnemen met het **callcenter** van AXA Assistance, op het nr. **02/550.05.30**
- altijd eerst haar toestemming vragen alvorens enige bijstandskosten aan te gaan.

Deze toestemming wordt verleend onder voorbehoud van de aanvaarding van het ongeval in het kader van het onderhavige contract en geeft derhalve geen uitsluitel over de toepasbaarheid van de dekking.

AXA Assistance behoudt zich het recht voor om de verzekerde te verzoeken :

- de originele bewijsstukken van de aangegane kosten te overhandigen,
- de feiten aan te tonen die recht geven op de gedekte prestaties.

De door AXA Assistance verstrekte vervoersbewijzen die de verzekerde niet heeft gebruikt, dienen te allen tijde te worden terugbezorgd.

Gebeurt dit niet, dan kan AXA Assistance van de verzekerde de terugbetaling vorderen van de door haar uitgekeerde sommen ten belope van de geleden schade als gevolg van dit verzuim.

1. EERSTE TELEFONISCHE BIJSTAND 24U/24

De verzekeringnemer heeft rechtstreeks toegang tot de permanente telefonische bijstandsdienst. AXA Assistance biedt haar hulp aan om hem bij te staan na een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval.

2. PSYCHOLOGISCHE BIJSTAND

Naar aanleiding van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval organiseert en vergoedt AXA Assistance in België en in een straal van 30 km buiten de landsgrenzen psychologische bijstand met een maximum van 6 sessies :

- individueel voor de verzekerde,
- in groep voor de echtgenoot of de samenwonende partner van de getroffene en hun kinderen, of bij ontstentenis de vader en de moeder,
- indien nodig, in groep voor de collega's die door het ongeval zijn getraumatiseerd.

3. MOBILITEIT

Indien een verzekerde na een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval niet in staat is zich met zijn eigen voertuig of met het openbaar vervoer te verplaatsen, zoekt en organiseert AXA Assistance j in België en in een straal van 30 km buiten de landsgrenzen een aangepaste wijze van vervoer tussen zijn verblijf- en werkplaats en omgekeerd, voorzover de medische toestand ten gevolge van dit ongeval dit rechtvaardigt.

Voor deze vervoerskosten verleent AXA Assistance in België en in een straal van 30 km buiten de landsgrenzen een tussenkomst van 100 EUR per dag gedurende maximum 8 dagen.

4. HUISHOUDELIJKE HULP

Indien een verzekerde :

- het slachtoffer wordt van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval,
- en voorzover zijn medische situatie en zijn gezinstoestand (alleenwonend of geheel verantwoordelijk voor de huishouding) dit rechtvaardigen :
 - organiseert AXA Assistance een dienst voor de schoonmaak van zijn woning. AXA Assistance neemt de kostprijs van deze dienst ten laste tot 4 uur per dag en dit 1 maal per week.
 - kan AXA Assistance tevens zoeken naar leveranciers voor de thuisbezorging bij deze verzekerde van levensnoodzakelijke middelen (1 x per week) en van warme maaltijden (1 x per dag).

Deze diensten worden verleend in België en in een straal van 30 km buiten de landsgrenzen gedurende maximum 6 weken.

5. OPDRACHTEN IN HET BUITENLAND

Indien een verzekerde het slachtoffer wordt van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval tijdens een tijdelijke opdracht in het buitenland, kan hij bij het callcenter van AXA Assistance terecht voor praktische inlichtingen (ziekenhuizen, artsen, apotheken, ...).

Afhankelijk van de ernst van het ongeval en in overleg met de behandelende geneesheer en/of de huisarts, organiseert AXA Assistance de repatriëring van de getroffene rekening houdend met zijn medische toestand (sanitairvliegtuig, lijnvlucht, trein eerste klasse of ziekenwagen) naar een Belgisch ziekenhuis dicht bij zijn verblijfplaats of naar zijn verblijfplaats zelf.

Indien de getroffene in het buitenland in het ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt AXA Assistance voor één gezinslid de reiskosten naar de plaats van opname en terug.

AXA Assistance neemt eveneens de administratieve formaliteiten naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde op zich.

Indien de ernst van de situatie dit vereist, kan AXA Assistance een geldvoorschot doen tot 2.500 EUR. Dit geldvoorschot moet vooraf, in België, aan AXA Assistance worden overgemaakt in cash of door middel van een overschrijving of een bankwaarborg.

6. VERVROEGDE TERUGKEER UIT HET BUITENLAND VAN DE GEZINSLEDEN VAN DE GETROFFENE

Indien een verzekerde als gevolg van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval voor langer dan één nacht in een Belgisch ziekenhuis wordt opgenomen en zijn medische toestand de aanwezigheid van een gezinslid vereist, organiseert en vergoedt AXA Assistance de repatriëring per trein, in eerste klasse, of per lijnvlucht in economy class :

- van zijn echtgenoot of samenwonende partner,
- en/of zijn kinderen of, bij ontstentenis, zijn vader en moeder, wonende in België maar in het buitenland verblijvend.

AXA Assistance betaalt dan :

- één enkele reis per te repatriëren persoon;
- in voorkomend-geval één enkele reis voor het ophalen van het achtergelaten voertuig.

7. ZIEKENBEZOEK IN HET BUITENLAND

Indien een verzekerde als gevolg van een door de onderhavige verzekering gedekt beroepsongeval in een buitenlands ziekenhuis verblijft en zijn medische toestand het onmogelijk maakt getransporteerd te worden binnen de 48 u, organiseert en vergoedt AXA Assistance het transport van een door de verzekerde aangeduide persoon om hem te bezoeken.

AXA Assistance betaalt dan :

- de heen- en terugreis van de aangeduide persoon;
- de hotelkosten van deze persoon tot een maximum van 80 EUR per dag en voor een totaal van maximum 5 dagen.

8. VERVROEGDE TERUGKEER UIT HET BUITENLAND VAN DE BEDRIJFSLEIDER

Indien één van zijn aangestelden, zijn zaakvoerder of een van zijn actieve vennoten als gevolg van een door de onderhavige verzekering gedekt beroepsongeval werkonbekwaam is, organiseren en vergoeden wij de terugkeer van de bedrijfsleider via trein in eerste klasse, of per lijnvlucht in economy class.

Wij betalen dan :

- één enkele reis per te repatriëren persoon;
- in voorkomend geval één enkele reis voor het ophalen van het achtergelaten voertuig.

9. HULP BIJ HET ZOEKEN VAN TIJDELIJK PERSONEEL

Indien een verzekerde als gevolg van een door de onderhavige verzekering gedekt beroepsongeval werkonbekwaam is, zet AXA Assistance alles in het werk te helpen zoeken van een tijdelijk vervanger.

10. OPRICHTEN VAN EEN CRISISCEL

Om de verzekerde bedrijfsleider te helpen de tijdelijke problemen van een door het onderhavige contract gedekt beroepsongeval op te vangen, kan AXA Assistance voorstellen een crisiscel op te richten die zich zal bezighouden met :

- het beantwoorden van de oproepen en nota te nemen van de boodschappen
- het verwittigen van de klanten en andere correspondenten van de omstandigheden en eventuele wijzigingen die deze veroorzaken
- elk ander probleem dat zich eventueel zou voordoen.

De kosten die hieruit voortvloeien blijven evenwel ten laste van de verzekeringnemer

**11. DIVERSE DIENSTEN IN HET KADER VAN EEN DOOR ONDERHAVIGE VERZEKERING
GEDEKT BEROEPSONGEVAL**

- Leveren van geneesmiddelen : AXA Assistance organiseert en neemt de kosten ten laste voor het ophalen en het afleveren bij de verzekerde van de noodzakelijke geneesmiddelen met doktersvoorschrift. De kosten van de geneesmiddelen blijven ten laste van de verzekerde.
- Organiseren van de medische controle : AXA Assistance organiseert en neemt de kosten ten laste voor het transport van de verzekerde die zich naar een ziekenhuis of medisch centrum moet begeven voor een controle.
- Het zoeken naar paramedisch personeel : AXA Assistance zoekt paramedisch personeel voor de thuisverzorging van de verzekerde.
- Een info line die u de volgende informatie bezorgt :
 - de verplegingsinrichtingen en ambulancediensten in de omgeving
 - de apotheker of de arts van wacht
 - kinderdagverblijven, homes, seniores, revalidatiecentra en centra voor palliatieve verzorging
 - thuisdiensten (verzorging, maaltijden, boodschappen, huishoudhulp, oppas voor kinderen, oppas voor zieken, oppas voor dieren)
 - bedrijven die gespecialiseerd zijn in rekrutering en vorming van personeel.

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1 - OMSCHRIJVING VAN DE IN DE TEKST GEBRUIKTE BEGRIPPEN

De gedefinieerde begrippen zijn alfabetisch gerangschikt.

Begunstigde

Degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn.

Consolidatiedatum

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

Ongeval

Plotselinge gebeurtenis die een lichamelijk letsel teweegbrengt en waarvan de oorzaak of een van de oorzaken gelegen is buiten het organisme van de getroffene.

Dit begrip wordt geïnterpreteerd overeenkomstig de rechtspraak met betrekking tot de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971.

Ongeval van beroepsleven

Ongeval dat de verzekerde overkomt tijdens en door het feit van de beroepsactiviteit die hij in het kader van de aangeduide onderneming uitoefent ten bate van de verzekeringnemer.

Het ongeval overkomen tijdens de uitoefening van de beroepsactiviteit wordt, behoudens tegenbewijs, geacht als overkomen door het feit van die activiteit.

De weg van en naar het werk, in de zin van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, die betrekking heeft op deze beroepsactiviteit, is gelijkgesteld met de beroepsactiviteit.

Ongeval van het privé-leven

Ongeval dat zich niet voordoet tijdens en door het feit van de beroepsactiviteit die ten bate van de verzekeringnemer uitgeoefend wordt.

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

Verzekerde

Diegene(n) in wiens persoon het risico van het zich voordoen van het ongeval gelegen is.

Deze personen zijn :

- met naam vermeld in de bijzondere voorwaarden,
en/of
- niet met naam vermeld in de bijzondere voorwaarden, maar vormen ofwel een bepaalde identificeerbare groep van personen, ofwel een bepaald deel van of het volledige bezoldigde personeel van de verzekeringnemer.

Verzekeringnemer

Diegene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij sluit.

Werkelijk loon

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

VOORWERP EN OMVANG VAN DE DEKKING

Artikel 2 - BASISDEKKING

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

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

De vergoedingen zijn verschuldigd :

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

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

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

Als de verzekerde op het ogenblik van het ongeval sedert meer dan 12 opeenvolgende maanden afwezig is ten gevolge van ongeval, ziekte of bevalling, is de dekking niet verworven, tenzij de verzekeringnemer het loon van deze verzekerde aangegeven heeft overeenkomstig artikel 18.2.3. In dit laatste geval worden de vergoedingen berekend op basis van het aangegeven loon.

Artikel 3 - FACULTATIEVE UITBREIDING

Mits uitdrukkelijke overeenkomst, verzekert de maatschappij de volgende gevallen.

- 3.1. Bij een arbeids- of arbeidswegongeval overkomen aan een verzekerde betaalt de maatschappij aan de samenwonende partner dezelfde vergoedingen uit als waar een echtgenoot onder de voorwaarden vermeld in artikel 12 van de wet van 10 april 1971 recht op heeft.

Indien deze samenwonende partner echter eveneens in een andere hoedanigheid (vb. : broer, zus, ouders, ...) begunstigde van de wettelijke dekking is, blijft de tegemoetkoming van de maatschappij beperkt tot de betaling van het verschil tussen deze vergoeding en die voor een echtgenoot.

Bij een privé-ongeval overkomen aan een verzekerde, wordt de samenwonende partner met een echtgenoot gelijkgesteld.

De vergoedingen worden berekend en uitbetaald in de vorm van een niet geïndexeerd kapitaal.

Onder samenwonende partner wordt verstaan :

- de wettelijk samenwonende zoals bedoeld in artikel 1475 van het burgerlijk wetboek
- bij ontstentenis van een echtgenoot of wettelijk samenwonende, de samenwonende partner, al dan niet van hetzelfde geslacht, die met de begunstigde van de wettelijke dekking leeft en een huishouden vormt. Een bewijs van domiciliëring uitgereikt door het gemeentebestuur moet worden voorgelegd.

- 3.2. 1. Voor een ongeval dat beschouwd wordt als een privé-ongeval vergoedt de maatschappij de verzekerde die onder een tewerkstellingsovereenkomst van thuiswerker staat of uit hoofde van zijn functie werk verricht op zijn woon- en/of verblijfplaats, bij een ongeval op zijn woon- of verblijfplaats in het hieronder genoemde geval.

Het ongeval moet bij de werkgever zijn aangegeven als "arbeidsongeval" en de wet van 10 april 1971 moet worden beschouwd als zijnde niet van toepassing gezien de getroffene niet heeft kunnen aantonen dat de gebeurtenissen zich hebben voorgedaan tijdens de uitvoering van de arbeidsovereenkomst.

Zijn echter niet gedekt de ongevallen overkomen tijdens culturele en vrijetijdsactiviteiten, vakanties, knutsel- en tuinwerkzaamheden en onderhoud aan de woning in de ruime zin van het woord, alsook bij afwijking van artikel 4 elk sportongeval.

Het begrip van woon- of verblijfplaats wordt geïnterpreteerd in de zin van artikel 8 van de wet van 10 april 1971.

- 3.2. 2. Voor een ongeval dat beschouwd wordt als een privé-ongeval vergoedt de maatschappij de verzekerde die tijdens of op de weg naar of van een door de werkgever georganiseerd sportief, sociaal of cultureel evenement een ongeval heeft dat als "arbeids- of arbeidswegongeval" is aangegeven maar niet als zodanig is erkend.
- 3.2. 3. Voor een ongeval dat beschouwd wordt als een privé-ongeval vergoedt de maatschappij de verzekerde die tijdens een tijdelijke beroepsopdracht in het buitenland een ongeval heeft dat als "arbeidsongeval" is aangegeven maar niet als zodanig is erkend.
- 3.2. 4. De vergoedingen met betrekking tot de punten 2.1. tot 2.3. hierboven vermeld, worden berekend en uitbetaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 5, op basis van de bedragen vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 4 - DEKKING BIJ SPORTONGEVAL

- 4.1. Gedekt zijn de ongevallen overkomen tijdens de beoefening als amateur van alle sporten, behalve de ongevallen die voortvloeien uit de volgende activiteiten :
- a. gemotoriseerde sporten in wedstrijdverband of tijdens de voorbereiding daarop;
 - b. canyoning
 - c. vlieg- en luchtsporten (zoals valschermspringen, zweefvliegen, ULM, heteluchtballon, deltavliegen, parapente, benji....);
 - d. vecht- en verdedigingssporten, met uitzondering de volgende sporten: judo, aikido, tai chi chuan, schermen.
- 4.2. De sporten, welke ook, die beroepshalve worden beoefend, zijn niet gedekt.

Artikel 5 - OMVANG VAN DE DEKKINGEN

5.1. Overlijden

1. Het kapitaal overlijden wordt uitgekeerd wanneer het overlijden ten gevolge van een gedekt ongeval uiterlijk 3 jaar op het ongeval volgt.
2. Het kapitaal wordt uitgekeerd aan de echtgenoot van de verzekerde die noch uit de echt, noch van tafel en bed gescheiden is, bij ontstentenis aan zijn kinderen die geboren zijn of geboren zullen worden, bij ontstentenis aan de wettelijke erfgenamen (met uitsluiting van elke Staat en van de gewone of bevoorrechte schuldeisers), voorzover er geen begunstigde aangeduid is in de bijzondere voorwaarden.
3. Bij gebrek aan begunstigde beperkt de maatschappij haar tussenkomst tot het terugbetalen van de begrafeniskosten, tot beloop van het kapitaal overlijden, aan de persoon die ze gemaakt heeft.
4. De begunstigde die vrijwillig het ongeval veroorzaakt heeft, wordt van elk recht op vergoeding vervallen verklaard.
5. Het kapitaal overlijden wordt niet gecumuleerd met het kapitaal of de provisie voor "blijvende invaliditeit".

5.2. Blijvende invaliditeit

1. In geval van volledige blijvende invaliditeit ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij het in de bijzondere voorwaarden voorziene kapitaal.
In geval van gedeeltelijke blijvende invaliditeit ten gevolge van een gedekt ongeval, betaalt de maatschappij het percentage van het kapitaal dat met de invaliditeitsgraad overeenstemt.
2. De invaliditeitsgraad wordt vastgesteld op basis van de laatste editie van de "Europese schaal voor de beoordeling van aantastingen van de fysieke en psychische integriteit", die van toepassing is op de consolidatiedatum. Voor de personen onderworpen aan de wet van 10 april 1971 die slachtoffer zijn van een arbeidsongeval of een werkwegongeval, of een ongeval zoals gevisieerd in de artikels 3.2.1. tot 3.2.3. Facultatieve uitbreiding, zal de invaliditeitsgraad overeenstemmen met deze die wordt weerhouden in het kader van de wettelijke vergoeding.

Voor de hulp van een derde is geen vergoeding verschuldigd.
3. De blijvende invaliditeit wordt als volledig beschouwd zodra de invaliditeitsgraad 67 % bereikt.
4. Indien meerdere gedeeltelijke blijvende invaliditeiten voortvloeien uit eenzelfde ongeval, kan de door de maatschappij verschuldigde vergoeding nooit het in geval van volledige blijvende invaliditeit voorziene kapitaal overschrijden.
5. De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld op de consolidatiedatum.

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

6. Het kapitaal wordt uitgekeerd aan de getroffene.
7. Door het feit van de betaling van het kapitaal ziet de maatschappij af van elke eis tot herziening in geval van een verbetering van de gezondheidstoestand van de getroffene en zien de begunstigen af van elke eis tot herziening in geval van overlijden of in geval van verslechtering van de gezondheidstoestand van de getroffene.

5.3. Tijdelijke ongeschiktheid

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

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

2. De dagelijkse vergoeding wordt volledig betaald zolang de getroffene volledig ongeschikt is om zijn activiteiten in dienst van de verzekeringnemer uit te oefenen.
Als de getroffene een deel van zijn activiteiten in dienst van de verzekeringnemer kan uitoefenen, wordt de vergoeding proportioneel verminderd.
3. Als de getroffene voor het ongeval dagelijkse vergoedingen kan ontvangen krachtens de Belgische wetgeving op de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, betaalt de maatschappij de contractuele vergoeding onder aftrek van genoemde vergoedingen.
4. De dagelijkse vergoeding wordt uitgekeerd aan de getroffene of aan de verzekeringnemer, indien deze het loon voorgeschoten heeft.

5.4. Behandelings- en ziekenhuiskosten

1. Deze kosten worden gewaarborgd vanaf de dag van het gedekte ongeval tot op de consolidatiedatum, tot beloop van het in de bijzondere voorwaarden voorziene bedrag. De tegemoetkoming van de maatschappij in de vergoeding van de ziekenhuiskosten en de erelonen van specialisten is beperkt tot het bedrag dat in het kader van de wet op de arbeidsongevallen in aanmerking wordt genomen.
2. Worden met behandelingskosten gelijkgesteld :
 - kosten voor prothesen, orthopedie en posttraumatische revalidatie,
 - kosten voor esthetische chirurgie die de gevolgen van een gewaarborgd ongeval moet verhelpen,
 - kosten voor het opsporen en redden van een verzekerde naar aanleiding van een gedekt ongeval,
 - op de dag van het ongeval gemaakte vervoerkosten alsook de kosten die de behandeling meebrengt,
 - bij een ongeval in het buitenland, de bijkomende hotel- en repatriëringskosten van de getroffene, die om medische redenen gerechtvaardigd zijn, alsmede de kosten voor het repatriëren van het stoffelijk overschot.

3. De maatschappij vergoedt de kosten nadat de instellingen van sociale zekerheid, de instellingen die de gevolgen van arbeidsongevallen of ongevallen van en naar het werk dekken of die de behandelings- en ziekenhuiskosten terugbetalen, hun tussenkomst hebben verleend.
4. Het verzekerd bedrag wordt verdubbeld voor de ongevallen die zich buiten Europa voordoen.
5. De kosten worden terugbetaald aan de persoon die ze gemaakt heeft.

5.5. Werkgeversaansprakelijkheid

1. Voor zover de Belgische wetgeving op de forfaitaire vergoeding van arbeidsongevallen niet van toepassing is en als de verzekerde persoon, die het slachtoffer is van een gedekt ongeval overkomen tijdens het werk, of zijn rechtverkrijgenden zich tegen de verzekeringnemer keren als aansprakelijke of burgerrechtelijke aansprakelijke in de hoedanigheid van werkgever, dekt de maatschappij de verzekeringnemer tegen de geldelijke gevolgen van zijn eventuele extracontractuele burgerrechtelijke aansprakelijkheid krachtens de artikelen 1382 en volgende van het burgerlijk wetboek of krachtens gelijkaardige buitenlandse wetsbepalingen.
2. Deze dekking wordt verleend tot een bedrag van 500.000 EUR per ongeval ongeacht het aantal getroffen. Geldboeten, afkoop van vervolging en strafvervolgingskosten komen nooit ten laste van de maatschappij.
3. Deze waarborg kan niet gecumuleerd worden met de vergoedingen die voorzien zijn in de overeenkomst.
4. Bij schadegeval moet de verzekeringnemer :
 - alle gerechtelijke en buitengerechtelijke stukken onmiddellijk na de kennisgeving, de betekening of de terhandstelling overmaken aan de maatschappij, bij verzuim waarvan de verzekeringnemer de maatschappij moet vergoeden voor de schade die zij geleden heeft,
 - verschijnen en zich onderwerpen aan de door de rechtbank bevolen onderzoeksmaatregelen, bij verzuim waarvan hij de schade moet vergoeden die de maatschappij zou hebben geleden.
5. Wanneer de verzekeringnemer de getroffene of zijn rechthebbenden heeft vergoed of hen een vergoeding heeft toegezegd, zonder de toestemming van de maatschappij, kan zulks tegen deze laatste niet worden ingeroepen. Het erkennen van feiten of het verstrekken van eerste geldelijke of medische hulp door de verzekeringnemer kunnen voor de maatschappij geen grond opleveren om haar dekking te weigeren.
6. Leiding van het geschil en strafrechtelijke vervolgingen.

Vanaf het ogenblik dat de maatschappij tot het geven van dekking is gehouden en voorzover deze wordt ingeroepen, is zij verplicht het voor de verzekeringnemer op te nemen binnen de perken van de dekking.

Ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en in zoverre de belangen van de maatschappij en van de verzekeringnemer samenvallen, heeft de maatschappij het recht om, in de plaats van de verzekeringnemer, de vordering van de getroffene of zijn rechthebbenden te bestrijden. Zij kan deze laatsten vergoeden indien daartoe grond bestaat.

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

Behalve voor wat betreft de vergoedingen vermeld in de punten 5.4. en 5.5. ziet de maatschappij af van elk verhaal tegenover de aansprakelijke derde.

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

Artikel 6 - VERZEKERINGSGBIED

De verzekering geldt over de gehele wereld.

Artikel 7 - VERLIES VAN DE HOEDANIGHEID VAN VERZEKERDE

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

Artikel 8 - VOORAFBESTAANDE OF INTERCURRENTE TOESTAND

- 8.1. Als de gevolgen van het ongeval verergerd zijn door een lichaamsgesteldheid, een ziekte of een gebrek, hetzij voorafbestaand of intercurrent, die niet rechtstreeks uit het ongeval voortvloeien, dan zal de vergoeding enkel overeenstemmen met de gevolgen die het ongeval zou hebben gehad bij een volledig gezonde persoon.
- 8.2. Als het ongeval zonder lichaamsgesteldheid, ziekte of gebrek, hetzij voorafbestaand of intercurrent, geen enkel gevolg gehad zou hebben bij een volledig gezonde persoon, is er geen tussenkomst van de maatschappij.

Artikel 9 - DEKKING IN GEVAL VAN EEN DAAD VAN TERRORISME

Bij een ongeval dat voortvloeit uit een daad van terrorisme, is onze dekking behouden voor de schade gewaarborgd door onderhavige verzekering, met uitzondering van de schade veroorzaakt door wapens of tuigen bestemd om te ontploffen door een structuurwijziging van de atoomkern.

Artikel 10 - UITSLUITINGEN

10.1. Zijn uitgesloten de ongevallen die voortvloeien uit :

1. alcoholintoxicatie van meer dan 0,8 g/l bloed of het gebruik van drug of andere verdovende middelen;
2. de deelname aan weddenschappen, uitdagingen of kennelijk roekeloze handelingen;
3. opzet van de verzekeringnemer, van de getroffene of de rechtverkrijgende;
4. een aardbeving of een andere natuurramp overkomen in België;
5. aanslagen (onverminderd de toepassing van artikel 9) of aanrandingen, tenzij bewezen is dat de getroffene er niet actief aan heeft deelgenomen, wettelijke zelfverdediging uitgezonderd;
6. oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog.

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

7. een kernrisico, zonder afbreuk van de bepaling in artikel 9 wat terrorisme betreft.

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

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

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

10.5 Ziekten inbegrepen beroepsziekten kunnen niet als ongevallen worden beschouwd, niet van nature en niet voor de gevolgen ervan.

VERZEKERD RISICO

Artikel 11 - MEDEDELING VAN HET RISICO

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 12 - VERMINDERING VAN HET RISICO

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

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

Artikel 13 - VERZWARING VAN HET RISICO

13.1. De verzekeringnemer heeft de verplichting in de loop van de overeenkomst, onder de voorwaarden van artikel 11, de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen van de omstandigheden aan te geven die van aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico dat de verzekerde gebeurtenis zich voordoet, te bewerkstelligen.

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

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

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

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

13.2. Indien zich een schadegeval voordoet voordat de wijziging van de overeenkomst of de opzegging van kracht is geworden en terwijl de verzekeringnemer de in artikel 13.1. bedoelde meldingsplicht heeft vervuld, is de maatschappij tot de overeengekomen prestatie gehouden.

13.3. Indien zich een schadegeval voordoet en de verzekeringnemer de in artikel 13.1. bedoelde verplichting niet heeft vervuld :

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

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

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

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

LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 14 - INWERKINGTREDING

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

Artikel 15 - DUUR

De duur van de overeenkomst is één jaar.

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

Het contract wordt van rechtswege beëindigd op de datum van definitieve stopzetting van de activiteiten van het verzekerde risico.

Artikel 16 - VERANDERING VAN VERZEKERINGNEMER

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

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

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

Artikel 17 - OPZEGGING

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

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

In geval van opzegging na een schadegeval wordt deze termijn op drie maanden gebracht te rekenen van de kennisgeving ervan, behalve indien de verzekeringnemer, de verzekerde of de begunstigde een van zijn verplichtingen ontstaan uit het overkomen van het schadegeval niet nagekomen is om de maatschappij te misleiden.

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

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

17.2. De verzekeringnemer mag de overeenkomst opzeggen :

1. na het zich voordoen van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de uitbetaling van de schadevergoeding of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding;
2. in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief, overeenkomstig artikel 22;
3. in geval van vermindering van het risico, overeenkomstig artikel 12.

17.3. De maatschappij mag de overeenkomst opzeggen :

1. na het overkomen van een schadegeval, uiterlijk een maand na de betaling of weigering tot betaling van de vergoeding;
2. in geval van onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens over het risico bij de afsluiting van de overeenkomst, onder de voorwaarden bepaald in artikel 11;
3. in geval van een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico van voorvallen van de verzekerde gebeurtenis, onder de voorwaarden bepaald in artikel 13;
4. in geval van verandering van verzekeringnemer overeenkomstig artikel 16;
5. in geval van faillissement;
6. wanneer de verzekeringnemer in gebreke blijft bij de betaling van premies, bijpremies of bijkomende kosten overeenkomstig artikel 20 of wanneer hij de lonen niet aangeeft binnen de vastgestelde termijnen, overeenkomstig artikel 19.2.2.;
7. in geval van weigering van de verzekeringnemer om de maatregelen ter voorkoming van schadegevallen te nemen die de maatschappij noodzakelijk acht;
8. in geval van wijziging aan het Belgische of buitenlandse recht die de omvang van de dekking kan beïnvloeden.

PREMIE

Artikel 18 - BETALING

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

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

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

Artikel 19 - BEREKENINGSWIJZE

De premies kunnen zijn :

- 19.1. forfaitair, dat wil zeggen vastgesteld bij de afsluiting van de overeenkomst en vooruit te betalen op de in de bijzondere voorwaarden vermelde vervaldag;
- 19.2. achteraf te betalen op basis van de in de bijzondere voorwaarden vermelde bezoldigingen.

In dit geval geldt het volgende :

1. de verzekeringnemer stort ter uitvoering van het bepaalde in de bijzondere voorwaarden, een voorschot dat vooruit te betalen is per jaar of in halfjaarlijkse of driemaandelijke gedeelten in mindering van de na afloop van het boekjaar berekende definitieve premie. Bij afsluiting van de overeenkomst is het bedrag van het voorschot gelijk aan het geraamde bedrag van de eerste jaarpremie; vervolgens wordt het aangepast naarmate de afrekeningen worden opgesteld, waarbij het steeds de bedoeling is een voorschot te bekomen dat zo dicht mogelijk bij de definitieve premie ligt.
2. Op het einde van elke overeengekomen periode :
 - bezorgt de verzekeringnemer of zijn lasthebber aan de maatschappij de inlichtingen die nodig zijn voor de berekening van de premie door het aangifteformulier dat zij hem daartoe heeft toegestuurd, binnen 15 dagen ingevuld terug te zenden;
 - maakt de maatschappij de afrekening op onder aftrek van de eventuele voorschotten;
 - leidt het niet terugzenden van het aangifteformulier dat nodig is voor de premieberekening, binnen 15 dagen na de toezending van de aangetekende herinnering van de maatschappij, tot de opmaak van een ambtshalve afrekening op basis van de cijfers uit de vorige aangifte of, als het om een eerste afrekening gaat, de cijfers die werden meegedeeld bij de sluiting van de overeenkomst, in beide gevallen verhoogd met 50 %.

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

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

- de als vakantiegeld aan arbeiders uitgekeerde sommen hoeven niet vermeld te worden op de bij artikel 19.2.2. bedoelde loonaangifte. De maatschappij vervangt ze door het bij de wetgeving inzake jaarlijkse vakantie vastgestelde percentage.

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

- als de verzekerde tijdelijk inactief is ten gevolge van een ongeval, een ziekte of een bevalling, moet de verzekeringnemer geen aangifte doen van het loon dat niet betaald geweest is aan deze verzekerde tijdens de periode van afwezigheid, als die kleiner is dan of gelijk aan 12 opeenvolgende maanden.

Als de periode van afwezigheid groter is dan 12 opeenvolgende maanden, heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid het loon van de verzekerde aan te geven voor de periode van afwezigheid die volgt op de eerste 12 maanden van afwezigheid, zodat de waarborg aan deze laatste verworven blijft.

Artikel 20 - NIET-BETALING VAN DE PREMIE

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

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

20.3. De schorsing van de dekking of de opzegging van de overeenkomst hebben pas uitwerking na het verstrijken van de termijn van 15 dagen vermeld in artikel 20.2. hierboven.

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

Wanneer de maatschappij haar verplichting tot dekking heeft geschorst, kan zij de overeenkomst opzeggen als zij haar die mogelijkheid heeft voorbehouden in de ingebrekestelling die aan de verzekeringnemer is gezonden.

In dat geval gaat de opzegging in bij de verstrijking van een termijn van 15 dagen te rekenen van de eerste dag van de schorsing.

Indien de maatschappij zich de mogelijkheid van de overeenkomst op te zeggen niet heeft voorbehouden in de ingebrekestelling, zal de opzegging slechts na een nieuwe aanmaning kunnen geschieden, overeenkomstig artikel 20.2.

20.5. De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de maatschappij de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke werd gesteld overeenkomstig artikel 20.2.

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

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

De verwijlntrest wordt berekend tegen de wettelijke rentevoet.

Artikel 21 - CONTROLE

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

Artikel 22 - TARIEFWIJZIGING OF WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGS- VOORWAARDEN

Indien de maatschappij haar tarief wijzigt, heeft zij het recht het tarief van het huidig contract te wijzigen vanaf de volgende jaarlijkse premievervaldag.

Indien de verzekeringnemer minstens vier maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van de wijziging verwittigd wordt, heeft hij het recht om het contract minstens drie maanden vóór die vervaldag op te zeggen. In dat geval eindigt het contract op de vervaldag.

Indien de verzekeringnemer minder dan vier maanden vóór de jaarlijkse vervaldag van de wijziging verwittigd wordt, heeft hij het recht om het contract op te zeggen binnen drie maanden vanaf de zending van de kennisgeving van de wijziging. In dat geval eindigt het contract na een termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag na de afgifte ter post van de aangetekende opzeggingsbrief, maar ten vroegste op de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag na de kennisgeving van de wijziging.

De principes die gelden voor de tariefwijziging zijn van toepassing bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.

De opzeggingsmogelijkheid waarin de tweede en de derde alinea voorzien, vervalt wanneer de wijziging van het tarief of van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wettelijke of reglementaire bepaling.

SCHADEGEVAL

Artikel 23 - MEDEDELING

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

Na het verstrijken van die termijn zijn de vergoedingen pas verschuldigd vanaf de dag waarop de aangifte en het geneeskundig getuigschrift de maatschappij bereiken, onverminderd de bepalingen van artikel 23.5.

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

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

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

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

De verzekerde moet ook :

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

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

23.4. De verzekerde verbindt zich ertoe in België en in het buitenland de nodige stappen te doen om zijn behandlings- en ziekenhuiskosten bij de in artikel 5.4.3. vermelde instellingen in te vorderen.

23.5. Indien de verzekerde een van de hiervoren vermelde verplichtingen niet nakomt, kan de maatschappij :

- de verschuldigde prestaties verminderen tot beloop van het door haar geleden nadeel,
- haar dekking weigeren, indien de verzekerde met bedrieglijk opzet gehandeld heeft.

Artikel 24 - INDEPLAATSSTELLING

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

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

Artikel 25 - MEDISCHE EXPERTISE

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

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

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

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

ALLERLEI BEPALINGEN

Artikel 26 - MEERDERE VERZEKERINGNEMERS

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

Artikel 27 - KEUZE VAN WOONPLAATS

Alle mededelingen en betekeningen zijn geldig gedaan :

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

Als datum voor onverschillig welke betekening geldt het postmerk.

Artikel 28 - TOEPASSELIJKE WET

28.1. De overeenkomst wordt beheerst door de Belgische wet.

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

28.3. Elk probleem in verband met het contract kan door de verzekeringnemer aan de maatschappij worden voorgelegd via zijn gebruikelijke tussenpersonen.
Indien de verzekeringnemer het standpunt van de maatschappij niet deelt, kan hij een beroep doen op de diensten van de Ombudsman van de maatschappij (Vorstlaan 25 te 1170 Brussel, e-mail : ombudsman.axa@axa.be).

Indien hij vindt dat hij op die manier niet de beste oplossing heeft verkregen, kan hij terecht bij de Ombudsdienst Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35 te 1000 Brussel, website: www.ombudsman.as).

De verzekeringnemer kan zich ook altijd tot de rechtbank wenden.

Als bedrijfsleider neemt u beslissingen die uw eigen toekomst bepalen. Maar ook het lot van andere personen en het voortbestaan van uw bedrijf hangen er van af.

Samen met uw verzekeringsmakelaar maakt AXA het tot zijn taak om u raad te geven bij het inschatten van de risico's verbonden aan uw activiteit, de keuze van een eenvoudige totaaloplossing en het uitvoeren van uw preventiepolitiek.

Wij helpen u bij :

- het anticiperen op de risico's
- het beschermen en motiveren van uw personeel
- het beschermen van uw bedrijfslokalen, voertuigen, machines en koopwaar
- het beschermen van uw resultaten
- het herstellen van de gevolgen van schade berokkend aan derden.

www.axa.be

