

Algemene voorwaarden

Collectieve ongevallen



| | |
|--|-----------|
| HOOFDSTUK I - ALGEMEEN | 4 |
| Artikel 1- Definities..... | 4 |
| HOOFDSTUK II - VOORWERP EN OMVANG VAN DE WAARBORGEN | 5 |
| Artikel 2- Contractuele waarborgen..... | 5 |
| 2.1. Wanneer de Wet van toepassing is:..... | 5 |
| 2.2. Wanneer de Wet niet van toepassing is: | 5 |
| Artikel 3 - Verzekeringsgebied | 6 |
| Artikel 4 - Verlies van de hoedanigheid van verzekerde | 6 |
| Artikel 5 - Uitsluitingen | 6 |
| Artikel 6 - Facultatieve uitbreidingen..... | 7 |
| Artikel 7 - Sporten | 7 |
| Artikel 8 - Speciale waarborg voor behandelingskosten..... | 7 |
| HOOFDSTUK III - BEHEER VAN HET CONTRACT | 8 |
| Artikel 9 - Inwerkingtreding en duur | 8 |
| Artikel 10 - Beëindiging van het contract..... | 8 |
| Artikel 11 - Verandering van verzekeringnemer..... | 8 |
| Artikel 12 - Niet-tewerkstelling van personeel | 8 |
| Artikel 13 – Opzegging | 9 |
| Artikel 14 - Beschrijving en wijzigingen van het risico | 9 |
| 14.1. Beschrijving van het risico | 9 |
| 14.2. Wijziging van het risico | 10 |
| Artikel 15 - Verval van rechten - schorsing van de waarborgen | 11 |
| Artikel 16 - Opschorting van de arbeidsovereenkomst..... | 11 |
| Artikel 17 – Premies | 11 |
| 17.1. Betaling | 11 |
| 17.2. Berekeningswijze | 11 |
| 17.3. Niet betaling van de premie | 12 |
| 17.4. Toezicht..... | 13 |
| 17.5. Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief | 13 |
| 17.6. Fiscaal statuut van de premie van de verzekering “collectieve arbeidsongeschiktheid” | 13 |
| HOOFDSTUK IV - BEHEER VAN DE ONGEVALLLEN | 14 |
| Artikel 18 - Ongevalsangifte | 14 |
| 18.1. Aangiftetermijn | 14 |
| 18.2. Laattijdige aangifte en verval van het recht op schadeloosstelling..... | 14 |
| 18.3. Vorm van de aangifte..... | 14 |
| 18.4. Medisch attest..... | 14 |
| 18.5. Inlichtingen die door de Maatschappij worden gevraagd | 14 |
| 18.6. Bewijs van het schadegeval | 14 |
| Artikel 19 - Procedures | 14 |
| 19.1. Wettelijke subrogatie | 14 |
| 19.2. Afwikkeling van geschillen | 15 |
| Artikel 20 - Medische expertise | 15 |
| 20.1. Medische expertises | 15 |
| 20.2. Rechtstreekse gevolgen van het ongeval | 15 |
| 20.3. Raming van de blijvende invaliditeit | 15 |
| 20.4. Ramingsprocedure | 15 |
| Artikel 21 - Preventie van de ongevallen en controle | 16 |
| Artikel 22 - Ombudsdienst..... | 16 |
| Artikel 23 - Bescherming van de persoonlijke levenssfeer | 16 |
| 23.1. Doel van de verwerking | 16 |
| 23.2. Wettelijk kader van de verwerking..... | 16 |
| 23.3. Instemming met de verwerking van de persoonsgegevens | 16 |
| 23.4. Recht op toegang, op verbetering en op verzet van de begunstigden | 16 |

| | |
|---|-----------|
| HOOFDSTUK V - MEDEDELINGEN, KENNISGEVINGEN OF MOGELIJKE KLACHTEN | 17 |
| Artikel 24 - Mededelingen, kennisgevingen of mogelijke klachten..... | 17 |
| HOOFDSTUK VI - VERGOEDINGEN PER TYPE WAARBORG | 17 |
| Artikel 25 - Vergoedingen | 17 |
| 25.1. Algemene principes | 17 |
| 25.2 Principes van vergoeding in het geval de Wet niet van toepassing is | 18 |
| Artikel 26 - Vergoedingen Collectieve verzekering type Wet | 18 |
| 26.1. Wet van 10 april 1971 toepassingen en uitsluitingen | 18 |
| 26.2. Uitsluiting hulp van derden..... | 19 |
| 26.3. Vervanging van de rente door een kapitaal | 19 |
| 26.4. Definitief karakter van uitbetaling | 20 |
| 26.5. Contractuele vergoedingen van onderworpenen aan de Wet voor ongevallen overkomen tijdens hun beroepsleven: excedent | 20 |
| 26.6. Contractuele vergoedingen bij niet-onderwerping aan de Wet..... | 21 |
| Artikel 27 - Vergoedingen Collectieve verzekering type multiplicatoren | 23 |
| 27.1; Beperkingen in de toepassing van de Wet..... | 23 |
| 27.2. Betalingstermijn..... | 23 |
| 27.3. Contractuele vergoedingen van onderworpenen aan de Wet voor ongevallen overkomen tijdens hun beroepsleven: excedent. | 23 |
| 27.4. Contractuele vergoedingen bij niet-onderwerping aan de Wet..... | 24 |
| Artikel 28 - Vergoedingen collectieve verzekering type forfaitaire | 26 |
| 28.1. Beperkingen in de toepassing van de Wet..... | 26 |
| 28.2. Betalingstermijn..... | 27 |
| 28.3. Evenementen | 27 |
| 28.4. Vrijwilligers | 28 |

HOOFDSTUK I - ALGEMEEN

Artikel 1- Definities

Wat wordt er verstaan onder?

Begunstigde/rechthebbende:

De persoon die op grond van het contract recht heeft op vergoeding.

Beroepsleven:

De tijd gewijd aan de activiteiten in dienst van de verzekeringnemer of, wanneer het een zelfstandige betreft, de tijd die de verzekerde besteedt in het kader van de aangeduide onderneming, hierin begrepen de weg van en naar het werk.

Carenstijd:

De in het contract aangeduide tijd, die moet doorlopen worden vooraleer het recht op vergoeding begint.

Consolidatie:

Tijdstip waarop medisch wordt geconstateerd dat de medische toestand van het slachtoffer niet langer evolueert en een graad van bestendigheid heeft bereikt.

Conventioneel loon:

Het vooraf contractueel bepaald loon.

Engelse vrijstelling:

Het percentage blijvende invaliditeit dat minstens moet bereikt worden om in aanmerking te komen voor vergoeding. In dat geval wordt deze blijvende invaliditeit integraal ten laste genomen.

Evenementen:

Hieronder verstaan we sociale, culturele en/of sportmanifestaties, georganiseerd door de verzekeringnemer, die niet tot verzekerde activiteiten van de werkgever behoren.

IBO:

Individuele beroepsopleiding

Invaliditeit:

Betekent invaliditeit of ongeschiktheid naargelang de partijen zijn overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

Loon:

Het jaarlijks bruto salaris van de verzekerde, ontvangen in dienst van de verzekeringnemer.

Maatschappij:

De verzekeringsonderneming waarmee het contract gesloten wordt, d.w.z. Allianz Belgium N.V.

Ongeval:

Een plotselinge gebeurtenis, die een lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvan de oorzaak, of één van de oorzaken, zich buiten het lichaam van de getroffene bevindt.

Plotselinge gebeurtenis:

Is een feit dat zich voordoet op een beperkt in tijd en nauwkeurig bepaald ogenblik en plaats.

Privé-leven:

De tijd die buiten het beroepsleven verloopt en aan onbezoldigde activiteiten wordt besteed.

Privé-leven buitenland:

De tijd die buiten het beroepsleven verloopt en aan onbezoldigde activiteiten wordt besteed wanneer de verzekerde in het buitenland vertoeft voor opdrachten in naam van verzekeringnemer.

De waarborg neemt aanvang om 0 uur de dag van vertrek en neemt een einde bij de thuiskomst in privé-woning van de verzekerde.

Reëel jaarloon:

Het effectieve loon uitbetaald door de werkgever, altijd onder aftrek van een eventuele vergoeding ten laste van een sociaal of privé verzekeringsorganisme.

Verzekerde:

Alle door de verzekeringnemer tewerkgestelde personen die behoren tot één of meerdere exploitatiezetel, die behoren tot de genoemde categorie of die dezelfde of soortgelijke functies uitoefenen als deze in het contract omschreven, en waarvan het loon op het ogenblik van het ongeval, overeenstemt met de in het contract bepaalde vergoedingsvoorwaarden.

Wanneer het een zelfstandige betreft: de persoon die in die hoedanigheid met naam aangewezen is in het contract.

Verzekeringnemer:

De partij die het contract ondertekent.

Wet:

Wet van 10 april 1971 betreffende de arbeidsongevallen of de ongevallen overkomen van of naar het werk, zoals deze van kracht is op het ogenblik van het ongeval.

Wettelijk maximum:

wettelijk bepaald loonplafond in het kader van de arbeidsongevallenverzekering, zoals deze van toepassing is op moment van het ongeval.

HOOFDSTUK II - VOORWERP EN OMVANG VAN DE WAARBORGEN

Artikel 2- Contractuele waarborgen

2.1. Wanneer de Wet van toepassing is:

Indien het contract deze waarborg voorziet, waarborgt de Maatschappij aan de aangeduide personeelsleden van wie het loon meer bedraagt dan het Wettelijk maximum, de uitbetaling van een aanvullende vergoeding bepaald in artikel 26.5 of artikel 27.3 in geval van een onder de Wet vallend ongeval en, voor zover de vergoeding krachtens die Wet verschuldigd is.

2.2. Wanneer de Wet niet van toepassing is:

A. Privé-leven Werknemers:

Indien het contract deze waarborg voorziet, waarborgt de Maatschappij aan de aangeduide werknemers, de uitbetaling van een aanvullende vergoeding bepaald in artikel 26.6.1 of artikel 27.4.1 in geval van een ongeval tijdens het privé-leven.

B. Zelfstandigen 24/24 uur:

Indien het contract deze waarborg voorziet, waarborgt de Maatschappij aan de nominatief aangeduide verzekerden, de uitbetaling van een vergoeding bepaald in artikel 26.6.2 of artikel 27.4.2, in geval van een ongeval tijdens het beroepsleven of tijdens het privé-leven.

C. Individuele beroepsopleiding, Vrijwilligers, Statutaire stagiairs

Op voorwaarde van vermelding in het contract, waarborgt de Maatschappij aan de verzekerde personen, de uitbetaling van een vergoeding, bepaald naargelang het geval in artikel 26.6.3.1, 26.6.3.2, 26.6.3.3, 27.4.3.1. of 28.4, in geval van een ongeval tijdens het beroepsleven.

D. Evenementen:

Voor evenementen wordt de vergoeding bepaald naargelang het geval in artikel 26.6.3.4, 27.4.3.2. of 28.3.

Artikel 3 - Verzekeringsgebied

De verzekering heeft uitwerking in heel de wereld, voor zover de begunstigde of rechthebbende zijn gewone verblijfplaats in België heeft.

Voorliggend contract verschaft geen enkele dekking of prestatie voor zover deze dekking, prestatie of onderliggende zaak of activiteit enige toepasselijke wet of reglementering van de Verenigde Naties, de Europese Unie of om het even welke andere wet of reglementering schendt betreffende economische of commerciële sancties.

Artikel 4 - Verlies van de hoedanigheid van verzekerde

Voor elke verzekerde eindigt de verzekering zonder enige formaliteit:

- Wanneer de persoon geen beroepsactiviteit meer uitoefent,
- Wanneer de verzekerde de leeftijd van 70 jaar heeft bereikt. De verzekering kan echter verder gezet worden tot de leeftijd van 75 jaar, op voorwaarde dat er vooraf en jaarlijks een medisch attest voorgelegd wordt dat goedgekeurd is door de Maatschappij. Bij een verlenging van de leeftijd, worden voor de ongevallen, overkomen vanaf de leeftijd van 70 jaar, de vergoedingen gehalveerd.

Artikel 5 - Uitsluitingen

Zijn niet opgenomen in de dekking de ongevallen die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeien uit:

- 5.1.** wijziging van de atoomkern, radioactiviteit, voortbrenging van ioniserende stralingen van welke aard ook, uiting van de schadelijke producten van splijtstoffen of nucleaire substanties of radioactieve producten of afvalstoffen;
- 5.2.** het besturen van een tweewielig motorvoertuig dat 40 km/u op een vlakke weg kan overschrijden. In het kader van artikel 26.5, 26.6.3.1, 26.6.3.3 en 27.3, is dit risico evenwel automatisch gedekt;
- 5.3.** alcoholintoxicatie van meer dan 1,5 gr/l bloed, gebruik van verdovingsmiddelen of gelijkaardige producten, tenzij bewezen wordt dat deze omstandigheden geen verband hebben met het ongeval;
- 5.4.** weddenschappen, uitdagingen of deelname aan klaarblijkelijk roekeloze daden vanwege de verzekerde;
- 5.5.** opzettelijke daad van de verzekeringnemer, de getroffene of de rechtverkrijgenden;
- 5.6.** een aardbeving of andere natuurramp, tenzij het bewezen is dat er geen enkel oorzakelijk verband bestaat tussen deze gebeurtenissen en de schade;
- 5.7.** de deelname aan allerlei onlusten zoals stakingen, daden van terrorisme, sabotage, aanslagen, aanrandingen en gewelddaden met een collectief, politiek of ideologisch karakter;

- 5.8. oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog, behalve wanneer het slachtoffer in het buitenland verrast wordt door het uitbreken van de vijandigheden en er de getroffen is van een ongeval, binnen een termijn van 15 dagen na het begin van de vijandelijkheden, voor zover hij er niet actief aan heeft deelgenomen;
- 5.9. een ziekelijke toestand of een gebrekkigheid (o.a. hartaanval, epilepsie, diabetes, geestesstoornissen, delirium tremens);
- 5.10. zelfmoord en zelfmoordpoging;
- 5.11. ontvoering of vraag tot losgeld.

Artikel 6 - Facultatieve uitbreidingen

Mits uitdrukkelijk akkoord van de Maatschappij en eventuele bijkomende premie, kunnen ongevallen worden gedekt die te maken hebben met:

- 6.1. het besturen van een tweewielig motorvoertuig dat 40 km/u op een vlakke weg kan overschrijden;
- 6.2. het verblijf in landen met oorlogsrisico.

Artikel 7 - Sporten

Ongevallen door sportbeoefening zijn in het algemeen gedekt. Volgende sportactiviteiten zijn evenwel uitgesloten:

- 7.1. sportbeoefening als professioneel of als bezoldigd amateur;
- 7.2. beoefenen van vechtsporten en verdedigingssporten;
- 7.3. het besturen van luchtvaartuigen en het beoefenen van luchtporten (zoals valschermspringen, zweefvliegen, ULM, ballonvaren, deltavliegen, parapente, DPM, benji, basejumping);
- 7.4. wielervedstrijden en alle gemotoriseerde sporten, evenals de voorbereiding op die wedstrijden;
- 7.5. paardenwedstrijden, incl. jumping;
- 7.6. canyoning, speleologie, alpinisme, schansspringen, bobsleigh, rodellen, rafting,.

Doch kunnen sommige van deze sportbeoefeningen, mits bijpremie en na akkoord van de Maatschappij, verzekerd worden.

Artikel 8 - Speciale waarborg voor behandelingskosten

Op voorwaarde van vermelding in het contract en tegen betaling van een premiesupplement, neemt de Maatschappij, wat betreft de slachtoffers van een ongeval onderworpen aan de Wet, ten belopen van het bedrag bepaald in het contract, het verschil ten laste tussen de werkelijke uitgaven voor medische, farmaceutische, hospitalisatiekosten, kosten voor eerste prothese en orthopedie en de vergoedingen verschuldigd krachtens de Wet of de Sociale Zekerheid gedurende 3 jaar te rekenen vanaf de dag van het ongeval.

Het verzekerde bedrag evolueert volgens de evolutie van het wettelijk maximum, op voorwaarde dat het voorziene contractuele loonplafond geïndexeerd is.

Het bedrag van de tegemoetkoming van de Maatschappij is, voor elke prestatie, beperkt tot maximum eenmaal het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema (Z.I.V.).

HOOFDSTUK III - BEHEER VAN HET CONTRACT

Artikel 9 - Inwerkingtreding en duur

De dekking gaat in op de datum en het uur vastgesteld in het contract. In géén geval kan de dekking met terugwerkende kracht verleend worden.

Het voor een duur van één jaar onderschreven contract wordt op zijn vervaldag stilzwijgend hernieuwd, tenzij één van de partijen het contract verbreekt, door een aangetekend schrijven naar de andere partij te zenden ten minste drie maanden vóór de vervaldag van de lopende periode.

De duur van het contract moet, indien nodig, verlengd worden met de periode die de datum van de aanvang van het contract scheidt van 1 januari van het jaar dat erop volgt.

Artikel 10 - Beëindiging van het contract

De overeenkomst wordt van rechtswege beëindigd

- op de datum van definitieve stopzetting van de activiteiten van het verzekerde risico.
- op de datum waarop de Maatschappij ophoudt gemachtigd te zijn.

Artikel 11 - Verandering van verzekeringnemer

11.1. In geval van overgang van het verzekerde belang, ten gevolge van het overlijden van de verzekeringnemer, gaan de rechten en verplichtingen uit het contract over op de nieuwe houder van dat belang.

De verzekeringnemer en de Maatschappij kunnen evenwel kennis geven van de opzegging van het contract, de eerste per aangetekende brief, binnen drie maanden en veertig dagen na het overlijden, de tweede per aangetekende brief binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop hij kennis heeft gekregen van het overlijden.

11.2. In geval van faillissement van de verzekeringnemer blijft de verzekering bestaan ten voordele van de massa van de schuldeisers, die jegens de Maatschappij schuldenaar wordt voor de betaling van de premies die nog moeten vervallen na de faillietverklaring.

11.3. In geval van behoud van de activiteit maar van verandering van natuurlijke persoon of rechtspersoon, ongeacht de juridische vorm of om iedere andere reden dan die welke bij artikel 11.1. en 11.2. beoogd worden, verplichten de verzekeringnemer, of zijn erfgenamen of rechtverkrijgenden zich ertoe het contract 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 onafhankelijk van de vervallen premies, een opzeggingsvergoeding eisen die gelijk is aan de laatste jaarlijkse premie. Het contract vervalt dan op de datum van die verandering of die overname.

De Maatschappij mag evenwel de overdracht van het contract weigeren en het opzeggen. In dat geval moet de Maatschappij de dekking van het huidige contract verzekeren 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 of die overeenstemmen met de gedekte periodes.

Artikel 12 - Niet-tewerkstelling van personeel

Wanneer een verzekeringnemer geen aan de Wet onderworpen personen meer tewerkstelt, stelt hij de Maatschappij hiervan zonder verwijl op de hoogte, met opgave van de precieze datum waarop de activiteit van de gezegde personen eindigt.

In dat geval wordt het contract door de Maatschappij per aangetekende brief opgezegd op de datum waarop zij er kennis van heeft, evenwel ten vroegste op de datum waarop de verzekeringnemer geen personeel meer in dienst heeft.

De eventuele andere waarborgen blijven behouden.

Als de verzekeringnemer voor het verstrijken van de nog lopende verzekeringstermijn, te rekenen vanaf de datum van de opzegging, evenwel opnieuw aan de Wet onderworpen personeel in dienst neemt, moet hij een nieuw contract bij dezelfde Maatschappij sluiten, voor een periode die ten minste gelijk is aan deze nog niet verstreken periode.

De Maatschappij verzekert de aan de Wet onderworpen werknemers die opnieuw tewerkgesteld worden niet vóór het sluiten van het nieuwe contract, waarvan sprake in vorige alinea.

Artikel 13 – Opzegging

1. De Maatschappij kan de overeenkomst opzeggen

- a) tegen het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig artikel 9
- b) in geval van onopzettelijke verzwijging of onopzettelijke, onjuiste mededeling van gegevens betreffende de omschrijving van het risico, bij het sluiten van het contract zoals bepaald in artikel 14.1
- c) in geval van wijziging van het risico, overeenkomstig artikel 14.2.
- d) in geval van niet-betaling van de premie, overeenkomstig artikel 17.3
- e) na aangifte van een schadegeval, maar uiterlijk één maand na de eerste uitbetaling van de dagvergoeding aan het slachtoffer of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding. De opzegging geldt pas na het verstrijken van het lopende verzekeringsjaar, zonder dat die termijn minder dan drie maanden mag bedragen vanaf het ogenblik van de betekening ervan.
- f) in geval van weigering van toezicht, overeenkomstig artikel 17.4.
- g) bij gebrek aan loonaangifte door de verzekeringnemer, overeenkomstig artikel 17.2.2.2
- h) in geval van tekortkoming inzake preventie, overeenkomstig artikel 21.
- i) in geval van aangifte schadegeval die niet conform is overeenkomstig artikel 18.
- j) in geval van niet-tewerkstelling van personeel, overeenkomstig artikel 12.
- k) in alle gevallen van verandering van verzekeringnemer overeenkomstig artikel 11.1.
- l) in geval van faillissement van de verzekeringnemer. Die opzegging kan evenwel ten vroegste drie maanden na de faillietverklaring geschieden.
- m) in geval van fraude: Elk oplichting of poging tot oplichting ten opzichte van de Maatschappij brengt niet enkel de opzegging van het contract mee, maar is eveneens het voorwerp van een rechtsvervolg op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.
- n) in de gevallen waarin de Maatschappij het verhaal kan uitoefenen waarin voorzien is bij artikel 19.

2. De verzekeringnemer kan de overeenkomst opzeggen

- a) tegen het einde van elke verzekeringsperiode, overeenkomstig artikel 9.
- b) in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief overeenkomstig artikel 17.5.
- e) in geval van faillissement of gerechtelijk akkoord van de Maatschappij.
- d) wanneer de contracterende partijen in geval van vermindering van het risico geen akkoord bereiken, overeenkomstig artikel 14.2.1.

3. Opzeggingsmodaliteiten

De overeenkomst kan worden opgezegd per aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

Behoudens in de gevallen bedoeld in de artikelen 14.1, 14.2.2.A 4de alinea, 9, 11, 13.1.e, 17.3. en 17.5, gaat de opzegging in na het verstrijken van een termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de datum van het ontvangstbewijs of, in het geval van een aangetekende brief te rekenen van de dag die volgt op de afgifte bij de post.

Artikel 14 - Beschrijving en wijzigingen van het risico

14.1. Beschrijving van het risico

De Verzekeringnemer heeft de verplichting om, bij het sluiten van het contract, juiste aangifte te doen van alle omstandigheden die hij kent en die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die de Maatschappij gebruikt, bij de beoordeling van het risico.

Wanneer een opzettelijke verzwijging of een opzettelijke onjuistheid in de aangifte de Maatschappij *omtrent* de beoordelingsgegevens van het risico misleidt, is het verzekeringscontract nietig. De premies, die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de Maatschappij kennis gekregen heeft van de opzettelijke onjuistheid zijn haar verschuldigd.

Wanneer de Maatschappij een onopzettelijke verzwijging of een onopzettelijke onjuistheid in de aangifte vaststelt, stelt zij binnen de termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag waarop zij hiervan kennis gekregen heeft, voor het contract te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis gekregen heeft van deze verzwijging of onjuistheid.

Indien de Maatschappij het bewijs levert dat zij het risico in geen enkel geval verzekerd zou hebben, kan zij het contract binnen dezelfde termijn opzeggen.

Indien het voorstel tot wijziging van het contract door de Verzekeringnemer na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de Maatschappij het contract binnen vijftien dagen opzeggen.

Indien de Maatschappij noch het contract opgezegd heeft, noch de wijziging ervan voorgesteld heeft binnen de hierboven bepaalde termijnen, kan ze zich nadien niet meer beroepen op de feiten die haar bekend waren.

Wanneer het gebrek aan aangifte evenwel aan de verzekeringnemer verweten kan worden, kent de Maatschappij haar prestatie enkel ten belopen van de verhouding tussen de betaalde premies en de premies dat de verzekeringnemer had moeten betalen wanneer de verzwaaring in rekening zou genomen geweest zijn.

In de veronderstelling dat de Maatschappij het bewijs levert dat zij het risico, waarvan de ware aard door het schadegeval aan het licht gekomen is, in geen enkel geval verzekerd zou hebben, beperkt de Maatschappij haar prestatie tot de terugbetaling van alle betaalde premies.

Indien de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, zal de Maatschappij haar waarborg weigeren.

In dit geval zijn de premies, die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de Maatschappij van het bedrog kennis gekregen heeft, de Maatschappij bovendien als schadevergoeding verschuldigd.

14.2. Wijziging van het risico

14.2.1. Vermindering van het risico

Wanneer, in de loop van het verzekeringscontract, het risico dat het ongeval zich voordoet aanzienlijk en blijvend verminderd is en wel zo dat de Maatschappij, indien deze vermindering bij het sluiten van het contract bestaan had, de verzekering tegen andere voorwaarden toegestaan zou hebben, is zij ertoe verplicht een overeenkomstige vermindering van de premie te verlenen vanaf de dag waarop zij van de vermindering van het risico kennis gekregen heeft.

Indien de contractuele partijen het over de nieuwe premie niet eens worden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aanvraag tot vermindering, ingediend door de verzekeringnemer, kan deze laatste het contract opzeggen.

14.2.2. Verzwaring van het risico

- a) In de loop van het contract heeft de verzekeringnemer de verplichting om onder de voorwaarden van artikel 14.1, de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen in de omstandigheden aan te geven die van aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico dat het ongeval zich voordoet te bewerkstelligen.

Wanneer, in de loop van het verzekeringscontract, het risico dat het ongeval zich voordoet zo verzaard is dat de Maatschappij, indien de verzwaring bij het sluiten van het contract bestaan had, de verzekering enkel tegen andere voorwaarden toegestaan zou hebben, moet zij, binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwaring kennis gekregen heeft, de wijziging van het contract voorstellen met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring.

Indien de Maatschappij het bewijs levert dat zij het verzaarde risico in geen enkel geval verzekerd zou hebben, kan zij het contract binnen dezelfde termijn opzeggen. Indien het voorstel tot wijziging van het verzekeringscontract door de verzekeringnemer geweigerd wordt of indien, na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de Maatschappij het contract binnen vijftien dagen opzeggen.

De Maatschappij die noch het contract opgezegd heeft, noch de wijziging ervan voorgesteld heeft binnen de hierboven bepaalde termijnen, kan zich nadien niet meer beroepen op de verzwaring van het risico.

- b) Indien een ongeval zich voordoet vooraleer de wijziging van het contract of de opzegging van kracht geworden is, en indien de verzekeringnemer de verplichting tot aangifte bedoeld bij art. 14.2.2.A nagekomen is, dient de Maatschappij de bij het contract bepaalde prestaties toe te kennen.
- c) Indien een ongeval zich voordoet en indien de verzekeringnemer de verplichting bedoeld bij art. 14.2.2.A niet nagekomen is, kent de Maatschappij haar prestatie enkel toe in verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien de verzwaaring in aanmerking genomen was. Indien het gebrek aan aangifte niet aan de verzekeringnemer verweten kan worden, dient de Maatschappij de overeengekomen prestatie toe te kennen.

Indien de Maatschappij evenwel het bewijs levert dat zij het verzwaarde risico in geen enkel geval verzekerd zou hebben, wordt haar prestatie bij schadegeval beperkt tot de terugbetaling van alle betaalde premies.

Indien de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, zal de Maatschappij haar dekking weigeren. De premies vervallen tot op het ogenblik waarop de Maatschappij van het bedrog kennis gekregen heeft zijn haar als schadevergoeding verschuldigd.

Artikel 15 - Verval van rechten - schorsing van de waarborgen

De gevallen van verval van rechten of van schorsing der waarborgen voorzien in de algemene en bijzondere voorwaarden zijn eveneens tegenstelbaar tegenover de begunstigen.

Artikel 16 - Opschorting van de arbeidsovereenkomst

De dekking wordt van rechtswege opgeschort jegens de verzekerden wiens arbeidsovereenkomst wordt opgeschort.

De begunstigen zullen evenwel de dekking van de verzekering blijven genieten in alle gevallen waarin de verzekeringnemer aan de verzekerden 100% van hun werkelijke bezoldigingen blijft toekennen tijdens de periode van opschorting van hun arbeidsovereenkomst, en zulks krachtens de wettelijke-, of algemene-, of individuele schriftelijke contractuele bepalingen, die voor de datum van het schadegeval bestonden.

Indien het gaat om opschorting wegens militaire prestaties is de handhaving van de dekking enkel mogelijk in vredestijd. De ongevallen die inherent zijn aan de militaire activiteiten zelf, blijven steeds uitgesloten.

De voorziene tussenkomsten in paragraaf 2 en 3 hierboven worden toegekend binnen de beperkingen van art. 25.2.2.

Artikel 17 – Premies

17.1. 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 of taks onder enigerlei naam door enige overheid vastgesteld of vast te stellen.

17.2. Berekeningswijze

De premies kunnen zijn

17.2.1 forfaitair, dat wil zeggen vastgesteld bij de afsluiting van het contract en vooruit te betalen op de in het contract vermelde vervaldag. Als het in het contract voorziene jaarloon geïndexeerd is volgens de evolutie van het wettelijk maximum, volgt de forfaitaire premie deze zelfde evolutie.

De aanvullende vakantiebijslagen en alle bedragen die een bestanddeel zijn van het loon in de betekenis van de Wet, worden in voorkomend geval in de vorm van een percentage aangegeven.

17.2.2 regulariseerbaar, dat wil zeggen opgesteld in functie van de variabele gegevens betreffende de betrokken verzekeringsperiode. Onder variabele gegevens verstaat men de loongegevens of elk ander in het contract opgenomen element. Het individuele loon per werknemer mag geenszins lager zijn dan het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon. Voor de werknemers van minder

dan 18 jaar wordt de premie berekend op basis van het gemiddelde loon van de werknemers van meer dan 18 jaar.

In dit geval geldt het volgende:

17.2.2.1 de verzekeringnemer stort een voorschot dat te betalen is per jaar of in half of driemaandelijke gedeelten in mindering van de na afloop van het boekjaar berekende definitieve premie.

Bij afsluiting van het contract 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.

17.2.2.2 Op het einde van elk verzekeringsjaar:

- bezorgt de verzekeringnemer of zijn lasthebber aan de Maatschappij de inlichtingen die nodig zijn voor de berekening van de premie door het loonaangifteformulier dat zij hem daartoe heeft toegestuurd, binnen de 2 maanden, 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 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 51 %;

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.

Wanneer de verzekeringnemer deze verplichtingen niet naleeft, kan de Maatschappij een einde maken aan het contract onder de voorwaarden van artikel 13.

17.2.2.3 De volgende bijzonderheid geldt inzake de aangifte van het werkelijke loon:

De als vakantiegeld aan arbeiders uitgekeerde sommen hoeven niet vermeld te worden op de bij artikel 17.2.2.2 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 in de betekenis van de Wet, worden in voorkomend geval in de vorm van percentage aangegeven.

17.3. Niet betaling van de premie

17.3.1 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.

17.3.2 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 berekenen van de dag volgend op de betekening of op de afgifte van de aangetekende brief per post.

17.3.3 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 17.3.2. hierboven.

17.3.4 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 17.3.2

17.3.5 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 17.3.2.

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

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

De verwijlrentrest wordt berekend tegen de wettelijke rentevoet.

De Maatschappij behoudt zich het recht voor de terugbetaling te eisen van alle kosten die gemaakt werden om de betaling van de premies te verkrijgen.

17.4. Toezicht

De Maatschappij heeft het recht het risico, de aangiften die tot basis dienen voor het berekenen van de premie, de aangiften in geval van schadegevallen alsook de evolutie en hun gevolgen na te zien. Indien de loonaangiften onjuistheden zouden bevatten, heeft de Maatschappij het recht om de prestatie ten belope van het opgelopen nadeel te verminderen, indien de onjuistheden in de aangifte haar nadeel berokkenen.

Indien de verzekeringnemer deze verplichtingen niet nakomt, kan de Maatschappij een einde maken aan het contract onder de voorwaarden van artikel 13.

17.5. Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief

Wanneer de Maatschappij de verzekeringsvoorwaarden wijzigt of haar tarief verhoogd, past zij het contract aan op de volgende jaarlijkse vervalddag. Zij stelt de verzekeringnemer van deze aanpassing in kennis vóór die vervalddag; de verzekeringnemer mag evenwel het contract opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing.

Door deze opzegging eindigt het contract op de jaarlijkse vervalddag waarop de aanpassing zal gebeuren, op voorwaarde dat een termijn van ten minste drie maanden deze vervalddag scheidt van de betekening van de verhoging of de wijziging. Indien dit laatste niet het geval is, dan worden de gevolgen van het contract verlengd voorbij de jaarlijkse vervalddag voor de tijd nodig om de termijn van drie maanden te vervullen.

De mogelijkheid tot opzegging, voorzien in de tweede alinea bestaat niet wanneer de tariefaanpassing of de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit een wettelijke of reglementaire bepaling.

17.6. Fiscaal statuut van de premie van de verzekering “collectieve arbeidsongeschiktheid”

17.6.1 Aftrekbaarheid van de premie

Onderhavig contract heeft tot doel een inkomensverlies uit arbeid te vergoeden en is bijgevolg een collectieve toezegging als bedoeld in artikel 52, 3°, b, 4de streepje van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 dat een aanvulling biedt op de wettelijke uitkeringen bij overlijden of arbeidsongeschiktheid door arbeidsongeval of ongeval.

HOOFDSTUK IV - BEHEER VAN DE ONGEVALLLEN

Artikel 18 - Ongevalsangifte

18.1. Aangiftetermijn

Het ongeval moet door de verzekeringnemer schriftelijk bij de Maatschappij worden aangegeven binnen een termijn van 10 dagen nadat het ongeval zich heeft voorgedaan, of binnen een termijn van 24 uur na het overlijden ten gevolge van het ongeval.

18.2. Laattijdige aangifte en verval van het recht op schadeloosstelling

Het verval van het recht op schadeloosstelling zal niet worden toegepast, indien de aangifte wordt gedaan binnen het jaar nadat het ongeval zich heeft voorgedaan en indien de verzekeringnemer bewijst dat het hem onmogelijk was de aangifte te doen binnen de termijnen van de vorige paragraaf.

18.3. Vorm van de aangifte

De aangifte moet schriftelijk worden gedaan, hetzij door middel van het aangifteformulier dat bij een arbeidsongeval wordt gebruikt voor de polissen excedent arbeidsongevallen, stagiaires, IBO, hetzij door middel van het document dat door de Maatschappij bij de afsluiting van de polis aan de verzekeringnemer wordt bezorgd voor de contracten 24/24 uur, privé-leven en speciale risico's. De aangifte moet duidelijk en omstandig zijn.

18.4. Medisch attest

Een medisch attest dat de aard van de letsels en de gevolgen van het ongeval vastlegt, moet bij de aangifte worden gevoegd of onverwijld aan de Maatschappij worden bezorgd.

18.5. Inlichtingen die door de Maatschappij worden gevraagd

De verzekeringnemer, het slachtoffer of zijn rechthebbenden zijn ertoe gehouden de Maatschappij onverwijld alle nuttige inlichtingen te verstrekken en te antwoorden op elke vraag die hen wordt gesteld om de omstandigheden van het schadegeval en de omvang ervan te kunnen bepalen.

18.6. Bewijs van het schadegeval

Behalve wanneer de Wet van toepassing is, behoort het slachtoffer of zijn rechthebbende, toe om het bewijs van ongeval, zoals voorzien in de definities van artikel 1, te leveren, waarbij het oorzakelijk verband aangetoond wordt tussen de plotselinge gebeurtenis en de lichamelijke letsels.

Artikel 19 - Procedures

19.1. Wettelijke subrogatie

19.2.1. Algemene subrogatie

De Maatschappij, treedt, overeenkomstig artikel 41 van de wet van 25 juni 1992 op de landsverzekering, in alle rechten en schuldvorderingen van de slachtoffers en van hun rechthebbenden tegenover de verantwoordelijke voor het ongeval of diens verzekeraar, ongeacht of het een gemeenrechtelijke aansprakelijkheid dan wel enige andere aansprakelijkheid betreft.

19.2.2. Beperking van de subrogatie

Voor de contracten van het type excedent, of die de stagiairs of de IBO waarborgen, is het subrogatierecht beperkt tot het toepassingsgebied van de artikelen 46 en 47 van de Wet.

19.2.3. Verhaal op verwanten en huisgenoten

Behoudens in geval van kwaadwillig opzet, heeft de Maatschappij geen enkel verhaal op de descendentes, ascendentes, echtgenoten en verwanten in rechte lijn van de verzekerde, noch op de personen die met hem in gezinsverband samenwonen of op de leden van zijn huispersoneel. De Maatschappij kan echter verhaal uitoefenen op deze personen voor zover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringscontract is gedekt.

19.2. Afwikkeling van geschillen

19.2.1. Schaderegeling en geschillen

Voor de regeling van de ongevallen en de afwikkeling van de geschillen met betrekking tot de ongevallen is uitsluitend de Maatschappij bevoegd. De verzekeringnemer ziet af van elke erkenning van aansprakelijkheid, van elke betaling of van elke betalingsbelofte ten opzichte van het slachtoffer of van derden.

19.2.2. Dading

Op voorwaarde dat de Maatschappij vooraf daarmee schriftelijk heeft ingestemd, is de verzekeringnemer ertoe gerechtigd een compromis te sluiten met een aansprakelijke derde. Bij gebrek aan voorafgaand akkoord zijn de schikkingen, initiatieven en dadingen die de verzekeringsnemer heeft aangegaan niet tegenstelbaar aan de Maatschappij.

19.2.3. Gerechtelijke en buitengerechtelijke procedure

Vanaf het ogenblik dat de verzekeringnemer in rechte wordt vervolgd, is hij ertoe gehouden de Maatschappij daarvan in kennis te stellen. Die is er niet toe gehouden de gerechtelijke procedure te volgen.

Zodra hem een gerechtelijke of buitengerechtelijke akte, die verband houdt met het ongeval, wordt betekend of gewoon bezorgd, en ingeval hij wordt gedagvaard moet de verzekeringsnemer daarvan een kopie bezorgen aan de Maatschappij. Verzuimt hij dit te doen, dan is de verzekeringnemer ertoe gehouden de Maatschappij schadeloos te stellen voor de schade die zij heeft opgelopen.

Artikel 20 - Medische expertise

20.1. Medische expertises

De oorzaken van het overlijden alsmede de oorzaken, de duur van de ongeschiktheid en het percentage van de invaliditeit worden vastgesteld, hetzij in onderlinge overeenstemming tussen de partijen, hetzij, bij gebrek aan overeenstemming, bij expertise volgens de hierna beschreven procedure.

In geval van overlijden van de begunstigde, zullen de rechthebbenden hun schriftelijk akkoord aan de raadsgeneesheer van de Maatschappij meedelen om inzage te krijgen in het medisch dossier van de overledene.

20.2. Rechtstreekse gevolgen van het ongeval

De schadevergoedingen die door de Maatschappij worden betaald, worden uitsluitend bepaald op basis van de rechtstreekse gevolgen van het ongeval. Wanneer een lichamelijk letsel, dat door het ongeval is veroorzaakt, een orgaan of een lidmaat heeft getroffen, waarvan de werking al beperkt was, vergoedt de Maatschappij het functionele verlies, rekening houdend met de al bestaande arbeidsongeschiktheid.

20.3. Raming van de blijvende invaliditeit

Naar gelang hetgeen tussen de partijen wordt overeengekomen, wordt de graad van invaliditeit geraamd, hetzij volgens de sociaal-economische raming, zoals die in het kader van de Wet wordt toegepast, hetzij volgens de fysiologische raming, op grond van de Officiële Belgische Invaliditeitsschaal (O.B.I.S.).

Bij deze laatste ramingmethode wordt geen rekening gehouden met het beroep van het slachtoffer. Indien de verzekerde op het ogenblik van de consolidatie tijdelijk arbeidsongeschikt is, is de graad van tijdelijke arbeidsongeschiktheid in geen geval ambtshalve gelijk aan de graad van blijvende invaliditeit.

20.4. Ramingsprocedure

Ingeval er onenigheid bestaat over een medisch gegeven, stelt elke partij een adviserend geneesheer aan, die haar zal vertegenwoordigen tijdens een expertise op tegenspraak. In geval van onenigheid, stellen deze beide geneesheren desnoods een derde adviserend geneesheer aan, teneinde een college te vormen dat advies zal uitbrengen, rekening houdend met de contractvoorwaarden. Indien de geneesheren van de partijen het niet eens worden over de keuze van de derde adviserend geneesheer, zal laatstgenoemde

worden aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde, op verzoek van de meest gerede partij. Elke partij betaalt het honorarium van zijn geneesheer en de helft van het honorarium van de derde adviserend geneesheer.

De drie deskundigen doen uitspraak als een college. Bij gebrek aan akkoord is het advies van de derde deskundige doorslaggevend.

Artikel 21 - Preventie van de ongevallen en controle

De verzekeringnemer verbindt er zich toe alle gepaste maatregelen te treffen om ongevallen te voorkomen en tenminste de maatregelen die voorgeschreven zijn door de reglementaire en contractuele bepalingen betreffende het welzijn op het werk.

De preventie-raadgevers van de Maatschappij hebben te allen tijde toegang tot de verzekerde onderneming en op de werven van deze laatste met het oog op de toepassing van de voorgeschreven bepalingen.

Indien de verzekeringnemer de verbeteringen, die voorgeschreven zouden zijn, weigert aan te brengen aan een staat van zaken, die ten aanzien van de Wettelijke of contractuele bepalingen als gebrekkig erkend wordt, of indien hij de algemene regels inzake veiligheid niet nakomt, kan de Maatschappij het contract opzeggen onder de voorwaarden bepaald bij artikel 13.

Artikel 22 - Ombudsdienst

Elk probleem in verband met het contract kan door de verzekeringnemer of andere belanghebbenden aan de Maatschappij worden voorgelegd. Indien ze vinden dat ze de passende oplossing niet hebben verkregen, dan kan hij zich richten tot de Ombudsman van de verzekeringen, of tot de Commissie voor het Bank-, Financie en Assurantiewezen (C.B.F.A.), onverminderd de mogelijkheid om het gerecht in te schakelen.

Artikel 23 - Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

23.1. Doel van de verwerking:

De persoonsgegevens die aan Allianz Belgium NV worden meegedeeld, worden uitsluitend gebruikt om de gevolgen van het ongeval te evalueren, met het oog op het beheer van het ongevallendossier en de contractuele betrekkingen die bestaan tussen de verzekerde en de Maatschappij.

23.2. Wettelijk kader van de verwerking

Deze gegevens worden verwerkt overeenkomstig de wet van 08 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, alsmede de uitvoeringsbesluiten ervan.

23.3. Instemming met de verwerking van de persoonsgegevens

Met het oog op een snel beheer van het schadegeval, stemmen het slachtoffer of zijn rechthebbenden, in het kader van dit contract, in met de verwerking van de medische persoonsgegevens en met het verstrekken van die medische gegevens aan een geneesheer en aan zijn team.

De begunstigde aanvaardt uitdrukkelijk dat de beheerder van het ongevallendossier kennis heeft van de medische en persoonsgegevens van het ongevallendossier.

23.4. Recht op toegang, op verbetering en op verzet van de begunstigten

De begunstigten beschikken over de rechten op toegang, op verbetering en op verzet, zoals die bepaald zijn in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Om deze rechten uit te oefenen, dienen zij een schriftelijke aanvraag, vergezeld van een kopie van hun identiteitskaart, te richten aan de dienst Bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Maatschappij. De overeenstemmende administratieve kosten zijn ten laste van de aanvrager.

HOOFDSTUK V - MEDEDELINGEN, KENNISGEVINGEN OF MOGELIJKE KLACHTEN

Artikel 24 - Mededelingen, kennisgevingen of mogelijke klachten

Betreft mededelingen en kennisgevingen: Om geldig te zijn, moeten de mededelingen en de kennisgevingen die voor de Verzekeraar bestemd zijn aan zijn zetel in België of aan het in het contract vermelde adres of aan het later door de verzekeraar meegedeelde adres gericht worden.

Betreft mogelijke klachten: Om geldig te zijn, moeten de mogelijke klachten die voor de Verzekeraar bestemd zijn aan zijn zetel in België of aan het in het contract vermelde adres of aan het later door de verzekeraar meegedeelde adres gericht worden. Deze kunnen ook gericht worden aan Assuralia, de beroepsvereniging voor verzekeraars:

Ombudsdienst Allianz Belgium NV, Lakensestraat 35, 1000 Brussel, www.allianz.be

Ombudsman van de verzekeringen, de Meeûsquare 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as

Die van de verzekeraar aan de verzekeringnemer worden geldig verzonden, indien ze aan het in het contract vermelde adres of aan het door de verzekeringnemer later meegedeelde adres gericht worden.

HOOFDSTUK VI - VERGOEDINGEN PER TYPE WAARBORG

Artikel 25 - Vergoedingen

25.1. Algemene principes

25.1.1. Cumulatie van vergoedingen

De dagelijkse vergoeding voor tijdelijke ongeschiktheid wordt betaald onverminderd de vergoedingen, verschuldigd ingeval van overlijden of blijvende invaliditeit. Eenzelfde ongeval kan geen aanleiding geven tot cumulatie van de vergoeding verschuldigd in geval van overlijden of blijvende invaliditeit.

25.1.2. Vergoeding van blijvende invaliditeit en overlijden

Indien het overlijden zich voordoet, na de consolidatie, maar vóór de ondertekening van de kwitantie, is enkel het kapitaal bij overlijden verschuldigd. Indien het overlijden zich voordoet, na de ondertekening van de kwitantie betreffende het kapitaal voor blijvende invaliditeit, wordt dit kapitaal uitgekeerd aan de rechthebbenden en vervangt het kapitaal bij overlijden dat niet is verschuldigd.

25.1.3. Bevrijdend karakter van de betaling van de schadevergoedingen

De afgifte aan de Maatschappij van de kwitantie legt de rechten en verplichtingen van de partijen definitief vast. De daaruit voortvloeiende betaling van het kapitaal is definitief bevrijdend en maakt, behoudens artikel 26.1.3, een einde aan eventuele latere eisen.

25.1.4. Vergoeding van de tijdelijke ongeschiktheid

Het jaarloon dat in rekening gebracht wordt voor de berekening van de vergoeding in geval van een ongeval, is deze toegekend gedurende de 12 maanden die aan het ongeval voorafgaan.

De vergoeding van de werkonderbrekingen van minder dan 30 dagen zullen met het oog op een snelle en accurate regeling, berekend worden op een vereenvoudigd basisloon zoals dit van toepassing is volgens de Wet.

De eventuele tussenkomst voor de eerste maand, in kader van de tijdelijke ongeschiktheid, wordt evenwel steeds aan de verzekeringnemer betaald.

25.1.5 De Maatschappij zal de vergoedingen bepalen volgens de regelingsmodaliteiten op moment van het ongeval.

25.1.6 Wanneer het om een ongeval gaat dat door de Wet beheerd is en dat een tijdelijke of blijvende invaliditeit of de dood veroorzaakt, is het in aanmerking genomen loon gelijk aan het deel begrepen tussen het maximum dat door de Wet verschuldigd is en het in het contract voorziene maximum. De tussenkomst van de Maatschappij is in ieder geval beperkt tot het reeë1 jaarloon, na aftrek van het op dat moment van toepassing zijnde wettelijk maximum.

25.1.7 Intrestvoet

De intrestvoet die van toepassing is op de vergoedingen is deze van de Europese Centrale Bank op het ogenblik van de beslissing van de betaling van de intresten.

25.2 Principes van vergoeding in het geval de Wet niet van toepassing is

25.2.1 Behandelingskosten

Indien in kader van behandelingskosten geopteerd wordt voor een forfaitair bedrag, evolueert dit bedrag in verhouding tot de evolutie van het wettelijk maximum, op voorwaarde dat het voorziene contractuele loonplafond geïndexeerd is. De vergoedingen, met inbegrip van de eerste prothese, orthopedische- en verplaatsingskosten, worden beperkt tot een forfaitair bedrag zoals bepaald is in het contract.

25.2.2 Samenloop met andere vergoedingen

- a) Voor de gevallen van overlijden en blijvende invaliditeit worden de gewaarborgde bedragen gecumuleerd met de prestaties waarop de verzekerde recht kan hebben krachtens de sociale zekerheidswetgeving.
- b) De vergoedingen voor tijdelijke ongeschiktheid worden niet gecumuleerd met de prestaties waarop de verzekerde recht kan hebben krachtens de hoger genoemde wetgeving. De bedragen die normaal ten laste vallen van deze Wetgeving worden dus van de tegemoetkoming van de maatschappij afgetrokken.
- c) Wat de terugbetaling van de behandelingskosten betreft, krachtens de Wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de Wet, of krachtens andere verzekeringscontracten zoals persoonlijke ongevallen- BA privé-leven - of groepsverzekeringen, worden de bedragen die normaal ten laste vallen van bedoelde uitkeringen afgetrokken van de tegemoetkoming van de maatschappij.

25.2.3 Bij een ongeval zijn de bijkomende hotel- en repatriëringkosten van het slachtoffer, die om medische redenen gerechtvaardigd zijn, gedekt, alsmede de kosten van het repatriëren van het stoffelijk overschot naar België. De totale tegemoetkoming van de Maatschappij is beperkt tot maximaal 10% van het wettelijk maximum.

Artikel 26 - Vergoedingen Collectieve verzekering type Wet

26.1. Wet van 10 april 1971 toepassingen en uitsluitingen

26.1.1 De vergoedingen, toegekend door de maatschappij, zijn verschuldigd onder dezelfde voorwaarden als de vergoedingen die de Wetverzekeraar ten laste gelegd worden door de Wet van 10 april 1971 op de arbeidsongevallen, tenzij anders hierna bepaald.

26.1.2 De bepalingen van het koninklijk besluit nr 530 van 31 maart 1987 (B.S. van 16.04.1987) en zijn uitvoeringsbesluiten zijn niet van toepassing.

26.1.3 Indien in de bijzondere voorwaarden een herzieningstermijn van 3 jaar voorzien is zal de blijvende invaliditeit geregeld worden op basis van een regularisatie.

26.1.4 In dit geval wordt overgegaan tot een consolidatieonderzoek binnen maximum drie jaar nadat het ongeval zich heeft voorgedaan.

De consolidatie geeft het slachtoffer recht op de betaling van 50% van het kapitaal dat wordt berekend op basis van volgende elementen:

1. het loon op het ogenblik van het ongeval, zoals in het contract bepaald.
2. de graad van blijvende invaliditeit zoals bepaald is op het ogenblik van het consolidatieonderzoek;
3. van de coëfficiënt van omzetting in kapitalen die van toepassing is in de Wet op het ogenblik van het ongeval.

26.1.5 Indien de verzekeringnemer geopteerd heeft voor de toepassing van de herzieningstermijn, gaat deze herzieningstermijn van 3 jaar in vanaf de dag na de ontvangst van de ondertekende gedeeltelijke kwitantie.

26.1.6 Tijdens de 6de maand, die voorafgaat aan het einde van de herzieningstermijn, wordt een medisch onderzoek georganiseerd, op aanvraag één der partijen, tot herziening van de consolidatie dat definitief de graad van invaliditeit bepaalt.

Na afloop van dit herzieningsonderzoek wordt het saldo van het kapitaal uitgekeerd aan het slachtoffer, rekening houdend met:

1. zijn loon ten tijde van het ongeval zoals dat in het contract is bepaald,
2. met de graad van blijvende invaliditeit zoals die ten tijde van het herzieningsonderzoek is bepaald,
3. met de schaalcoëfficiënt inzake de uitkering van kapitalen, betaalbaar aan slachtoffers en aan de rechthebbenden, zoals die in de Wet van toepassing is
4. en na aftrek van het gedeelte dat voordien al bij de consolidatie werd betaald.

26.1.7 Het saldo van het kapitaal, eventueel aangepast aan de graad vastgesteld tijdens de herziening, wordt geregulariseerd en aan het slachtoffer betaald binnen de 2 maanden na het einde van de herzieningstermijn. Het saldo van het kapitaal van de blijvende invaliditeit van meer dan 10% wordt geïndexeerd tegen een percentage dat in de bijzondere voorwaarden is bepaald, vanaf de datum van de consolidatie tot op het einde van de termijn van 3 jaar.

26.1.8 Indien het slachtoffer tijdens de herzieningstermijn zou komen te overlijden aan de gevolgen van het ongeval of om enige andere reden, is aan de rechthebbenden van het slachtoffer het eventuele positieve verschil verschuldigd tussen het kapitaal bij overlijden dat, in geval van een onmiddellijk overlijden zou zijn uitgekeerd, en 50% van het kapitaal dat ten tijde van de consolidatie werd betaald.

26.1.9 Behoudens materiële vergissing komen de sommen, die betaald werden na afloop van het consolidatieonderzoek en na afloop van het herzieningsonderzoek, definitief toe aan de verzekerde. Indien uit het verschil van de graad van invaliditeit tussen de beide onderzoeken zou blijken dat de som, die na afloop van het consolidatieonderzoek werd betaald, groter is dan de totale som, die na afloop van het herzieningsonderzoek had moeten worden betaald, blijft het verschil eigendom van de verzekerde.

26.2. Uitsluiting hulp van derden

De bepalingen van art. 24, vierde alinea, van de Wet met betrekking tot de hulp van een andere persoon zijn niet van toepassing.

26.3. Vervanging van de rente door een kapitaal

In alle gevallen wordt de rente vervangen door een kapitaal dat aan de getroffen of aan de rechthebbenden of begunstigen betaalbaar is.

Het kapitaal wordt bepaald volgens het barema waarin door de Wet wordt voorzien.

26.4. Definitief karakter van uitbetaling

Door het feit van de ondertekening van het document ter bevestiging van het kapitaal blijvende invaliditeit ziet de maatschappij af van elke eis tot herziening in geval van verbetering, en zien de begunstigen of rechthebbenden af van elke vordering tot herziening in geval van verergering of overlijden.

26.5. Contractuele vergoedingen van onderworpenen aan de Wet voor ongevallen overkomen tijdens hun beroepsleven: excedent

26.5.1 Overlijden

De prestatie bij overlijden is verschuldigd wanneer het slachtoffer, tengevolge van het ongeval, overlijdt binnen een termijn van drie jaar te rekenen vanaf de dag waarop het ongeval zich voordoet.

De rechthebbenden of begunstigen zijn in de volgorde hierna:

- a) de niet wettelijk gescheiden en de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot van het slachtoffer, zoals bepaald in de Wet.
- b) de kinderen van het slachtoffer zoals bepaald in de Wet.
- c) bij gebrek aan de personen vermeld in a. en b., de ouders van het slachtoffer zoals bepaald in de Wet.
- d) bij gebrek aan de personen vermeld in a., b., en c., de broers en zusters van het slachtoffer zoals bepaald in de Wet.
- e) de rechthebbende, nominatief vermeld in de bijzondere voorwaarden, enkel in het geval er geen rechthebbende is zoals vermeld in a. hierboven. Indien er rechthebbenden zijn zoals in b. hierboven dan worden de vergoedingen zowel toegekend voor rechthebbenden in b. als in e.

In geval van een nominatieve rechthebbende is de voorafgaandelijk aan punt e. vermelde volgorde van rechthebbenden niet van toepassing.

De vergoeding voor de nominatieve rechthebbende is in ieder geval beperkt tot deze van punt a. hierboven.

Bij vóóroverlijden van de rechthebbende, vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, of bij gelijktijdig overlijden van de begunstigde en deze rechthebbende, is de hierboven vermelde volgorde van rechthebbenden opnieuw van toepassing.

26.5.2 Blijvende invaliditeit

De graad van de blijvende invaliditeit wordt vastgelegd vanaf de consolidatie en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval volgens de invaliditeitsgraad die in aanmerking genomen wordt voor de Wet, tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

26.5.3 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding, verschuldigd bij volledige tijdelijke ongeschiktheid van het slachtoffer, is, tenzij anders overeengekomen, gelijk aan 90 % van 1/365e van het verzekerde jaarloon vanaf de eerste dag die volgt op het verstrijken van de carenstijd en tot op de consolidatiedatum, maar ten laatste tot op de datum die overeenstemt met het verstrijken van de in het contract voorziene vergoedingsperiode vanaf de dag van het ongeval.

Indien de tijdelijke ongeschiktheid gedeeltelijk is of wordt, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

26.5.4 Behandelingskosten

Tenzij anders overeengekomen in het contract, en na aftrek van wat volgens de Wet uitbetaald is, wordt er geen dekking verleend voor medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten, noch kosten voor eerste prothese en orthopedie.

26.6. Contractuele vergoedingen bij niet-onderwerping aan de Wet

26.6.1 Privé-leven

- 26.6.1.1 Het in aanmerking te nemen jaarloon is gelijk aan het reële loon beperkt tot het in het contract opgenomen maximum bedrag.
- 26.6.1.2 Overlijden
Artikel 26.5.1 is integraal van toepassing.
Wanneer het slachtoffer, geen enkele van de voorziene rechthebbenden nalaat, betaalt de maatschappij de bewezen begrafenis kosten terug aan de persoon die ze betaald heeft, zonder dat deze terugbetaling 10 % van het wettelijke maximum mag overschrijden.
De vergoedingen die uitbetaald worden in het kader van de tussenkomst van het RIZIV worden afgetrokken van de tegemoetkoming van de maatschappij.
- 26.6.1.3 Blijvende invaliditeit
De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgelegd vanaf de consolidatie en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval, op grond van de officiële Belgische invaliditeitsschaal (O,B.I.S.), tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.
- 26.6.1.4 Tijdelijke ongeschiktheid
De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.5.3.
- 26.6.1.5 Behandelingskosten
Tenzij anders overeengekomen in het contract, is de tussenkomst van de maatschappij, in het kader van medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, gelijk aan 1 maal de tussenkomst van het RIZIV.
De kosten voor de eerste prothese en orthopedie, opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, zijn eveneens gedekt. De terugbetaling hiervan wordt berekend alsof de Wet van toepassing was.
De kosten voor verplaatsing om medische redenen worden terugbetaald analoog aan de Wet op moment van uitbetaling. De tegemoetkoming gebeurt na opgave van de data en het aantal afgelegde kilometers en is beperkt tot 2 % van het wettelijk maximum.

26.6.2 Zelfstandigen 24/24 uur

- 26.6.2.1 Het in aanmerking te nemen jaarloon is gelijk aan het in het contract bepaald conventioneel loon.
- 26.6.2.2 Overlijden
Art. 26.6.1.2. is integraal van toepassing.
- 26.6.2.3 Blijvende invaliditeit
De vergoedingen worden berekend op grond van bepalingen van artikel 26.6.1.3, rekening houdend met een Engelse vrijstelling van 5 %, tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.
Wanneer bij consolidatie de BI lager is dan de Engelse vrijstelling dan is deze niet verschuldigd.
De eventuele herziening, bepaald in de bijzondere voorwaarden, is niet van toepassing.
- 26.6.2.4 Tijdelijke ongeschiktheid
De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.5.3. De maatschappij komt echter niet tussen voor tijdelijke ongeschiktheden kleiner dan of gelijk aan 50 %.
- 26.6.2.5 Behandelingskosten
De vergoedingen worden berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.6.1.5. De vergoedingen, die het slachtoffer al dan niet bekomt in het kader van de tussenkomst RIZTV "kleine risico's", worden afgetrokken van de tegemoetkoming van de

maatschappij. De maatschappij houdt voor de berekening van haar tussenkomst in ieder geval de vergoeding af die door de Belgische Wetgeving voorzien is, inclusief deze van het RIZIV “kleine risico's”.

26.6.3 Speciale risico's

26.6.3.1 IBO (Individuele beroepsopleiding)

De overeenkomst tot opleiding, opgesteld door de Rijksdienst voor Arbeidsbemiddeling (RVA), wordt gesloten tussen de V.D.A.B., de werkloze en de onderneming die de beroepsopleiding geeft.

De duur ervan wordt door de V.D.A.B. vastgesteld en wordt in het contract omschreven. De vergoedingen zijn deze analoog aan de Wet; Artikel 25.1.6. is niet van toepassing. Het jaarloon dat conventioneel bepaald is, wordt niet geïndexeerd.

De vergoedingen in het kader van de tijdelijke ongeschiktheid zijn enkel verschuldigd ten belope van het loon uitbetaald door de werkgever.

26.6.3.2 Vrijwilligers

Het in aanmerking te nemen jaarloon is hier gelijk aan het in het contract opgenomen conventioneel loon.

Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, is de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg. Alle personen die onder hetzelfde dak van de verzekeringnemer wonen, met inbegrip van uitwonende kinderen die door hem onderhouden worden, zijn uitgesloten van de waarborg.

Zelfstandigen kunnen als vrijwilliger verzekerd worden, doch enkel voor activiteiten die verschillend zijn van hun beroepsactiviteiten.

26.6.3.2.1 Overlijden

Artikel 26.6.1.2. is integraal van toepassing.

26.6.3.2.2 Blijvende invaliditeit

De vergoeding wordt berekend op grond van bepalingen van artikel 26.6.1.3.

26.6.3.2.3 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.5.3, doch deze is enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies uit hoofde van een andere functie. Indien het reële loon lager is dan het conventioneel loon, wordt de vergoeding beperkt tot het reële loon.

26.6.3.2.4 Behandelingskosten

De vergoedingen worden berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.6.1.5.

26.6.3.3 Statutaire stagiairs

Het in aanmerking te nemen jaarloon is hier gelijk aan het in het contract opgenomen niet-geïndexeerde conventioneel loon.

Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, is de weg van en naar het werk inbegrepen in de waarborg.

26.6.3.3.1 Overlijden

Artikel 26.6.1.2. is integraal van toepassing.

26.6.3.3.2 Blijvende invaliditeit

De vergoeding wordt berekend op grond van bepalingen van artikel 26.5.2

26.6.3.3.3 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.5.3., maar is beperkt tot het loon uitbetaald door de werkgever.

26.6.3.3.4 Behandelingskosten

De vergoedingen worden berekend op grond van de bepalingen van artikel 26.6.1.5.

26.6.3.4 Evenementen

26.6.3.4.1 De uitbreiding van het contract voor een éénmalig evenement is mogelijk voor personeelsleden en derden. De vergoedingen gebeuren op basis van een niet-geïndexeerde conventioneel loon, voorzien in het contract en berekend overeenkomstig artikel 26.6.1.2. t.e.m. 26.6.1.4.

Voor wat de behandelingskosten betreft en tenzij anders overeengekomen in het contract, is de tussenkomst van de maatschappij, in het kader van medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten opgelopen gedurende drie jaar te rekenen vanaf de dag van het ongeval, beperkt tot een forfaitair bedrag zoals bepaald is in het contract.

De kosten voor de eerste prothese en orthopedie opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, zijn eveneens gedekt. De terugbetaling hiervan wordt berekend alsof de Wet van toepassing was.

De kosten voor verplaatsing om medische redenen worden terugbetaald analoog aan de Wet op moment van uitbetaling. De tegemoetkoming gebeurt na opgave van de data en het aantal afgelegde kilometers en is beperkt tot 2 % van het wettelijke maximum.

26.6.3.4.2 De uitbreiding in het kader van een jaarcontract is enkel mogelijk voor personeelsleden. De vergoedingen gebeuren op basis van een conventioneel loon voorzien in het contract en worden berekend overeenkomstig artikel 26.6.3.4.1.

26.6.3.4.3 Voor beide uitbreidingen is (éénmalige of jaarlijkse evenementen):

- de vergoeding in tijdelijke ongeschiktheid enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies;
- tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg;
- het noodzakelijk voorafgaandelijk een nominatieve lijst van de deelnemers over te maken.

Artikel 27 - Vergoedingen Collectieve verzekering type multiplicatoren

27.1. Beperkingen in de toepassing van de Wet

27.1.1 De bepalingen van het koninklijke besluit nr 530 van 31 maart 1987 (B.S. van 16.04.1987) en zijn uitvoeringsbesluiten zijn niet van toepassing.

27.1.2 De bepalingen van artikel 24, vierde alinea, van de Wet met betrekking tot de hulp van een andere persoon zijn niet van toepassing.

27.1.3 Door het feit van de ondertekening van het document, ter bevestiging van het kapitaal blijvende invaliditeit, ziet de Maatschappij af van elke eis tot herziening in geval van verbetering en zien de begunstigten of rechthebbenden af van elke vordering tot herziening in geval van verergering of overlijden.

27.2. Betalingstermijn

De betalingstermijnen zijn deze voorzien in de Wet.

27.3. Contractuele vergoedingen van onderworpenen aan de Wet voor ongevallen overkomen tijdens hun beroepsleven: excedent.

27.3.1 Overlijden

De vergoeding bij overlijden is verschuldigd wanneer het slachtoffer ten gevolge van het ongeval overlijdt binnen een termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop het ongeval zich voordoet.

De rechthebbenden of begunstigden zijn in de volgorde hierna:

- a) de niet wettelijk gescheiden en de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot van het slachtoffer;
- b) bij gebrek aan echtgenoot de kinderen van het slachtoffer: kinderen zijn rechthebbenden onder voorwaarde dat zij nog altijd begunstigde zijn van een kinderbijslagtoelage en maximum 25 jaar oud zijn;
- c) bij gebrek aan de personen vermeld in a. en b.: de ouders van het slachtoffer;
- d) bij gebrek aan de personen vermeld in a., b., en c.: de broers en zusters van het slachtoffer;
- e) de rechthebbende nominatief vermeld in de bijzondere voorwaarden, enkel in het geval er geen rechthebbenden zijn zoals vermeld in a. of b. hierboven.

In geval van een nominatieve rechthebbende is de voorafgaandelijk aan punt e. vermelde volgorde van rechthebbenden niet van toepassing, en is de vergoeding voor de nominatief rechthebbenden zelf in ieder geval beperkt tot deze van a. hierboven.

Bij vóóroverlijden van de rechthebbende vermeld in de Bijzondere Voorwaarden of bij gelijktijdig overlijden van de begunstigde en deze rechthebbende is de hierboven vermelde volgorde van rechthebbenden opnieuw van toepassing.

Voor de rechthebbende gedefinieerd in a. of e. hierboven, betaalt de maatschappij een bedrag gelijk aan het jaarloon maal een multiplicator overeenkomstig wat bedongen is in het contract. De rechthebbenden gedefinieerd in b. verdelen onder elkaar het hierboven bepaalde bedrag, overeenkomstig wat bedongen is in het contract.

De rechthebbenden gedefinieerd in c. of d. verdelen onder elkaar ten hoogste éénmaal het jaarloon en bovendien is het noodzakelijk dat zij rechtstreeks een voornaamst voordeel halen uit het loon van het slachtoffer.

27.3.2 Blijvende invaliditeit

De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgelegd vanaf de consolidatie en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval volgens de invaliditeitsgraad die in aanmerking genomen wordt voor de Wet, tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

De maatschappij betaalt voor een volledige invaliditeit een bedrag, gelijk aan het jaarloon maal een multiplicator, overeenkomstig wat bedongen is in het contract. Indien de blijvende invaliditeit gedeeltelijk is, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

27.3.3 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding verschuldigd bij volledige tijdelijke ongeschiktheid van het slachtoffer, is, tenzij anders overeengekomen, gelijk aan 90 % van 1/365e van het verzekerde jaarloon, vanaf de eerste dag die volgt op het verstrijken van de carenstijd en tot op de consolidatiedatum, maar ten laatste tot op de datum die overeenstemt met het verstrijken van de in het contract voorziene vergoedingsperiode vanaf de dag van het ongeval.

Indien de tijdelijke ongeschiktheid gedeeltelijk is of wordt, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

27.3.4 Behandelingskosten

Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden en na aftrek van wat volgens de Wet uitbetaald is, wordt er geen dekking verleend voor medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten, noch kosten voor eerste prothese en orthopedie.

27.4. Contractuele vergoedingen bij niet-onderwerping aan de Wet

27.4.1 Privé-leven

27.4.1.1 Het in aanmerking te nemen jaarloon is gelijk aan het reële loon beperkt tot het in het contract opgenomen maximum bedrag.

27.4.1.2 Overlijden

Artikel 27.3.1 is integraal van toepassing.

Wanneer het slachtoffer geen enkele van de voorziene rechthebbenden nalaat, betaalt de Maatschappij de bewezen begrafeniskosten terug aan de persoon die ze betaald heeft, zonder dat deze terugbetaling 10 % van het wettelijke maximum mag overschrijden.

De vergoedingen die uitbetaald worden in het kader van de tussenkomst van het RIZIV worden afgetrokken van de tegemoetkoming van de Maatschappij.

27.4.1.3 Blijvende invaliditeit

De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgelegd vanaf de consolidatie en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval op grond van de officiële Belgische invaliditeitschaal (O.B.I.S.), tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

De Maatschappij betaalt voor een volledige invaliditeit een bedrag gelijk aan een multiplicator maal het jaarloon uit overeenkomstig wat bedongen is in het contract. Indien de blijvende invaliditeit gedeeltelijk is, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

27.4.1.4 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 27.3.3.

27.4.1.5 Behandelingskosten

Tenzij anders overeengekomen in het contract, is de tussenkomst van de maatschappij, in het kader van medische, farmaceutische, hospitalisatiekosten opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, gelijk aan 1 maal de tussenkomst van het RIZIV.

De kosten voor de eerste prothese en orthopedie opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, zijn eveneens gedekt. De terugbetaling hiervan wordt berekend alsof de Wet van toepassing was.

De kosten voor verplaatsing om medische redenen worden terugbetaald analoog aan de Wet op moment van uitbetaling. De tegemoetkoming gebeurt na opgave van de data en het aantal afgelegde kilometers en is beperkt tot 2 % van het wettelijk maximum.

27.4.2 Zelfstandigen 24/24 uur

27.4.2.1 Het in aanmerking te nemen jaarloon is gelijk aan het in het contract bepaald conventioneel loon.

27.4.2.2 Overlijden

Art. 27.4.1.2 is integraal van toepassing.

27.4.2.3 Blijvende invaliditeit

De dagelijkse vergoedingen worden berekend op grond van bepalingen van artikel 27.4.1.3 rekening houdend met een Engelse vrijstelling van 5 %, tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

27.4.2.4 Tijdelijke ongeschiktheid

De vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 27.3.3.

De maatschappij komt echter niet tussen voor tijdelijke ongeschiktheden kleiner dan of gelijk aan 50 %

27.4.2.5 Behandelingskosten

De vergoedingen worden berekend op grond van de bepalingen van artikel 27.4.1.5. De vergoedingen die het slachtoffer bekomt in het kader van de tussenkomst van het RIZIV "kleine risico's", worden afgetrokken van de tegemoetkoming van de maatschappij. De maatschappij houdt voor de berekening van haar tussenkomst in ieder geval de vergoeding af die door de Belgische Wetgeving voorzien is, inclusief deze van het RIZIV "kleine risico's".

27.4.3 Speciale risico's

27.4.3.1 Vrijwilligers

Het in aanmerking te nemen jaarloon is hier gelijk aan het in het contract opgenomen conventioneel loon.

Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, is de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg. Alle personen die onder hetzelfde dak van de verzekeringsnemer wonen, met inbegrip van uitwonende kinderen die door hem onderhouden worden, zijn uitgesloten van de waarborg.

Zelfstandigen kunnen als vrijwilliger verzekerd worden, doch enkel voor activiteiten die verschillend zijn van hun beroepsactiviteiten.

- 27.4.3.1.1 Overlijden
Art. 27.4.1.2 is integraal van toepassing
- 27.4.3.1.2 Blijvende invaliditeit
De vergoeding wordt berekend op grond van bepalingen van artikel 27.4.1.3.
- 27.4.3.1.3 Tijdelijke ongeschiktheid
De dagelijkse vergoeding wordt berekend op grond van de bepalingen van artikel 27.3.3, doch deze is enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies uit hoofde van een andere functie.
Indien het reële loon lager is dan het conventionele loon, wordt de vergoeding beperkt tot het reële loon.
- 27.4.3.1.4 Behandelingskosten
De vergoedingen worden berekend op grond van de bepalingen van artikel 27.4.1.5.
- 27.4.3.2 Evenementen
- 27.4.3.2.1 De uitbreiding van het contract voor een éénmalig evenement is mogelijk voor personeelsleden en derden. De vergoedingen gebeuren op basis van een niet-geïndexeerd conventioneel loon voorzien in het contract en berekend op basis van artikel 27.4.1.2. t.e.m.27.4.1.4.. Voor wat de behandelingskosten betreft:tenzij anders overeengekomen in het contract, is de tussenkomst van de maatschappij in het kader van medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten opgelopen gedurende drie jaar te rekenen vanaf de dag van het ongeval, beperkt tot een forfaitair bedrag zoals bepaald is in het contract.
De kosten voor de eerste prothese en orthopedie opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, zijn eveneens gedekt. De terugbetaling hiervan wordt berekend alsof de Wet van toepassing was.
De kosten voor verplaatsing om medische redenen worden terugbetaald analoog aan de Wet op moment van uitbetaling. De tegemoetkoming gebeurt na opgave van de data en het aantal afgelegde kilometers en is beperkt tot 2 % van het wettelijke maximum.
- 27.4.3.2.2 De uitbreiding in het kader van een jaarcontract is enkel mogelijk voor personeelsleden. De vergoedingen gebeuren op basis van een conventioneel loon voorzien in het contract en berekend overeenkomstig art. 27.4.3.2.1.
- 27.4.3.2.3 Voor beide uitbreidingen is (éénmalig en jaarlijks evenement)
- de vergoeding in tijdelijke ongeschiktheid enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies;
 - tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, is de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg.
 - het noodzakelijk voorafgaandelijk een nominatieve lijst van de deelnemers over te maken.

Artikel 28 - Vergoedingen collectieve verzekering type forfaitaire

28.1. Beperkingen in de toepassing van de Wet

28.1.1 De bepalingen van het koninklijk besluit nr 530 van 31 maart 1987 (B.S. van 16.04.1987) en zijn uitvoeringsbesluiten zijn niet van toepassing.

28.1.2 De bepalingen van artikel 24, vierde alinea, van de Wet met betrekking tot de hulp van een andere persoon zijn niet van toepassing.

28.1.3 Door het feit van de ondertekening van het document ter bevestiging van het kapitaal blijvende invaliditeit ziet de Maatschappij af van elke eis tot herziening in geval van verbetering, en zien de begunstigen of rechthebbenden af van elke vordering tot herziening in geval van verergering of overlijden.

28.2. Betalingstermijn.

De betalingstermijnen zijn deze voorzien in de Wet.

28.3. Evenementen

28.3.1 De uitbreiding van het contract voor een éénmalig evenement is mogelijk voor personeelsleden en derden. De uitbreiding in kader van een jaarcontract is enkel mogelijk voor personeelsleden. De waarborg wordt voorzien op basis van een voorafgaandelijk ingediende nominatieve lijst. Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden, is de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg.

28.3.2 Overlijden

De prestatie bij overlijden is verschuldigd wanneer het slachtoffer tengevolge van het ongeval overlijdt binnen een termijn van drie jaar te rekenen vanaf de dag waarop het ongeval zich voordoet.

De rechthebbenden of begunstigden zijn in de volgorde hierna:

- de niet wettelijk gescheiden en de de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot van het slachtoffer;
- bij gebrek aan echtgenoot de kinderen van het slachtoffer. Kinderen zijn rechthebbenden onder voorwaarde dat zij nog altijd begunstigde zijn van een kinderbijslagtoelage en maximum 25 jaar oud zijn;
- bij gebrek aan de personen vermeld in a. en b., de ouders van het slachtoffer;
- bij gebrek aan de personen vermeld in a., b., en c., de broers en zusters
- van het slachtoffer;
- de rechthebbenden nominatief vermeld in de bijzondere voorwaarden, enkel in geval er geen rechthebbenden zijn zoals vermeld in a. of b. hierboven

In geval van een nominatieve rechthebbende is de voorafgaandelijk aan punt e. vermelde volgorde van rechthebbenden niet van toepassing.

In ieder geval is de vergoeding voor de nominatieve rechthebbende zelf beperkt tot deze van a. hierboven. Bij vóóroverlijden van de rechthebbende vermeld in de Bijzondere Voorwaarden of bij gelijktijdig overlijden van de begunstigde en deze rechthebbende is de hierboven vermelde volgorde van rechthebbenden opnieuw van toepassing.

Voor de rechthebbende gedefinieerd in a. of e. hierboven, betaalt de maatschappij een bedrag overeenkomstig wat bedongen is in het contract.

De rechthebbenden gedefinieerd in b., c. of d. verdelen onder elkaar een bedrag, overeenkomstig wat bedongen is in het contract.

Voor de rechthebbenden in c en d is het noodzakelijk dat zij rechtstreeks voordeel halen uit het loon van het slachtoffer.

Wanneer het slachtoffer geen enkele van de voorziene rechthebbenden nalaat, betaalt de maatschappij de bewezen begrafeniskosten terug aan de persoon die ze betaald heeft, zonder dat deze terugbetaling 10 % van het wettelijke maximum mag overschrijden.

De vergoedingen die uitbetaald worden in het kader van de tussenkomst van het RIZIV worden afgetrokken van de tegemoetkoming van de maatschappij.

28.3.3 Blijvende invaliditeit

De graad van blijvende invaliditeit wordt vastgelegd vanaf de consolidatie en uiterlijk 3 jaar na de datum van het ongeval op grond van de officiële Belgische invaliditeitsschaal (O.B.I.S.), tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden.

De maatschappij betaalt voor een volledige invaliditeit een bedrag uit in overeenstemming met het kapitaal voorzien in het contract. Indien de blijvende invaliditeit gedeeltelijk is, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

28.3.4 Tijdelijke ongeschiktheid

De dagelijkse vergoeding, verschuldigd bij volledige tijdelijke ongeschiktheid van het slachtoffer vanaf de eerste dag die volgt op het verstrijken van de carenstijd en tot op de consolidatiedatum, maar ten laatste tot op de datum die overeenstemt met het verstrijken van de in het contract voorziene vergoedingsperiode vanaf de dag van het ongeval, is gelijk aan het bedrag bedongen in het contract.

De vergoeding is nochtans enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies. Indien de tijdelijke ongeschiktheid gedeeltelijk is of wordt, wordt de vergoeding verminderd in evenredigheid met de graad van geschiktheid.

28.3.5 Behandelingskosten

Tenzij anders overeengekomen in het contract, is de tussenkomst van de maatschappij in kader van medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten opgelopen gedurende drie jaar te rekenen vanaf de dag van het ongeval, beperkt tot een forfaitair bedrag zoals bepaald in het contract.

De kosten voor de eerste prothese en orthopedie opgelopen gedurende drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het ongeval, zijn eveneens gedekt. De terugbetaling hiervan wordt berekend alsof de Wet van toepassing was.

De kosten voor verplaatsing om medische redenen worden terugbetaald analoog aan de Wet op moment van uitbetaling. De tegemoetkoming gebeurt na opgave van de data en het aantal afgelegde kilometers en is beperkt tot 2 % van het wettelijke maximum.

28.4. Vrijwilligers

Tenzij anders overeengekomen in de bijzondere voorwaarden is de weg van en naar het werk uitgesloten van de waarborg.

Alle personen die onder hetzelfde dak van de verzekeringsnemer wonen, met inbegrip van uitwonende kinderen die door hem onderhouden worden zijn uitgesloten van de waarborg.

28.4.1 Overlijden

Artikel 28.3.2. is integraal van toepassing.

28.4.2 Blijvende invaliditeit

Art. 28.3.3. is integraal van toepassing.

28.4.3 Tijdelijke ongeschiktheid

Art. 28.3.4. is integraal van toepassing, doch de vergoeding is enkel verschuldigd in geval van reëel loonverlies uit hoofde van een andere functie.

Indien het reële loon lager is dan het conventionele loon, wordt de vergoeding beperkt tot het reële loon.

28.4.4 Behandelingskosten

Art. 28.3.5. is integraal van toepassing.