

OMZETVERZEKERING MET OVERLIJDEN

Algemene voorwaarden

INHOUDSTAFEL

1.	DEFINITIES	3
2.	INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING	4
3.	DEKKINGEN.....	4
3.1.	Bij overlijden.....	4
3.2.	Bij arbeidsongeschiktheid	8
3.3.	Algemene bepalingen	14
4.	RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER.....	17
4.1.	Opzegging.....	17
4.2.	Aanduiding en wijziging van de begunstigten	17
4.3.	Afkoop.....	17
4.4.	Voorschot en inpandgeving	17
5.	RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)	17
6.	GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN.....	18
6.1.	Juridische aard van de dekkingen	18
6.2.	Samenvoeging.....	18
6.3.	Belastingen	18
6.4.	Persoonlijk Certificaat.....	18
6.5.	Reservevorming / tariefwijziging.....	19
6.6.	Premiewanbetaling / uitputting van de reserves.....	19
6.7.	Wederinwerkingstelling	20
6.8.	Uitkeringen	20
6.10.	Wijziging van de algemene voorwaarden	21
6.11.	Wettelijk kader	21
6.12.	Economische sancties	21
6.13.	Betaling van de prestaties bij leven en overlijden.....	21
6.14.	Bescherming van de persoonsgegevens.....	22
6.15.	Klachten en geschillen	24
6.16.	Waarschuwing	24

1. DEFINITIES

Verzekeraar	Allianz Benelux NV met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Koning Albert II-laan 32;
Overeenkomst	het contract van de overlijdensverzekering en eventuele verzekering arbeidsongeschiktheid, bestaande uit deze Algemene Voorwaarden, de Onderschrijvingsaanvraag, het Persoonlijk Certificaat en bijvoegsels, die samen moeten gelezen worden en één geheel vormen. De Onderschrijvingsaanvraag wordt in de wet verzekeringsvoorstel genoemd.
Verzekeringnemer	de persoon die de overeenkomst sluit met de verzekeraar; indien er twee verzekeringnemers zijn, slaat de term 'verzekeringnemer', naargelang het zinsverband, gezamenlijk op beide verzekeringnemers of op elke verzekeringnemer afzonderlijk;
Verzekerde(n)	de natuurlijke perso(o)n(en) op wiens hoofd de dekking(en) is (zijn) gesloten;
Begunstigde(n)	de perso(o)n(en) aan wie de verzekeringsprestaties toekomen zoals voorzien in de overeenkomst;
Economische arbeidsongeschiktheid	de vermindering van de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde, waarvan de graad beoordeeld wordt rekening houdende met de mogelijkheden van weder aanpassing aan een beroepsbedrijvigheid die met zijn opleidingsniveau en zijn vaardigheden strookt;
Fysiologische arbeidsongeschiktheid	de vermindering van de lichamelijke integriteit van de verzekerde waarvan de graad wordt bepaald door een medische beslissing op grond van of door verwijzing naar het Officieel Belgisch Barema der Invaliditeiten;
Eigenrisicotermijn	de overeengekomen termijn gedurende dewelke de verzekeraar in geval van arbeidsongeschiktheid geen enkele prestatie verschuldigd is en waarvan de duur in het Persoonlijk Certificaat en/of de Algemene Voorwaarden wordt bepaald. De eigenrisicotermijn is van toepassing bij voorval van een schade en gaat in bij het begin van de medisch vastgestelde economische invaliditeit, die een arbeidsongeschiktheid (gedeeltelijk of volledig) teweegbrengt.
Eigenrisicotermijn met afkoop	Bij een eigenrisicotermijn met afkoop wordt in geval van arbeidsongeschiktheid de vergoeding retroactief vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid uitgekeerd, op voorwaarde dat de verzekerde nog steeds arbeidsongeschikt is na afloop van die eigenrisicotermijn én dat gedurende de eigenrisicotermijn de verzekerde volledig arbeidsongeschikt was.
Wachttijd	Voor een arbeidsongeschiktheid dat voorkomt in de periode van de wachttijd is de verzekeraar geen enkele prestatie verschuldigd, ook al loopt de arbeidsongeschiktheid verder na de beëindiging van deze wachttijd. De wachttijd gaat in bij de start van de dekking arbeidsongeschiktheid of de verhoging van deze dekking.

Ongeval	Een ongeval is een plotse en toevallige gebeurtenis die te wijten is aan een uitwendige oorzaak vreemd aan de wil van de verzekerde en die een medisch objectiveerbaar lichamelijk letsel tot gevolg heeft.
Ziekte	elke verslechtering van de gezondheid van de verzekerde, die niet te wijten is aan een ongeval, die objectieve symptomen vertoont die een diagnose alsook de aangepaste therapeutische behandeling volgens erkende medische standaarden toelaten;
Zwangerschapsrust	De verlofperiode vóór en/of na de bevalling waarin de verzekerde de beroepsactiviteiten stopzet en waarvoor de verzekerde een moederschapsuitkering ten laste van de ziekte-en invaliditeitsverzekering, ontvangt.
Beroepsinkomen	het inkomen verworven door een beroepsactiviteit die het voorwerp uitmaakt van de verzekering, verminderd met de feitelijke kosten om dit inkomen te verwerven of te behouden.

2. INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING

De overeenkomst treedt in werking op de datum zoals vermeld in het Persoonlijk Certificaat, evenwel na betaling van de eerste premie en na ondertekening van de overeenkomst.

De betaaldatum van een premie is de valutadatum van het premiebedrag op de bankrekening van de verzekeraar. De premiebetaling geschiedt rechtstreeks op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening met melding van de meegedeelde referte, of via domiciliëringsopdracht, naar gelang wat overeengekomen werd.

3. DEKKINGEN

3.1. Bij overlijden

3.1.1. Omschrijving

Bij overlijden zijn de mogelijke dekkingen:

- Overlijdenskapitaal (3.1.1.1.)
- Kapitaal bij opeenvolgend overlijden (binnen 12 maanden) (3.1.1.2.)
- Overlijdenskapitaal bij ongeval (3.1.1.3.)

3.1.1.1. Overlijdenskapitaal

3.1.1.1.1. Verzekerd voorval

Indien de verzekerde tijdens de dekkingperiode (3.1.2.1) overlijdt, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) en eindigt de overeenkomst.

Voor het geval er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'; bij een gelijktijdig overlijden is er geen 'dubbele uitkering').

3.1.1.1.2. Bedrag van het overlijdenskapitaal

Het uit te keren kapitaal is het verzekerd bedrag op de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet. Er is geen winstdeling bij overlijden.

3.1.1.2. Kapitaal bij opeenvolgend overlijden (binnen 12 maanden)

3.1.1.2.1. Verzekerd voorval

Indien beide verzekerden hetzij gelijktijdig, hetzij beide verzekerden tijdens de dekkingperiode, binnen een termijn van 12 maanden overlijden, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n).

3.1.1.2.2. Bedrag van het kapitaal bij opeenvolgend overlijden

Het uit te keren kapitaal bij het tweede overlijden is het verzekerd bedrag op de datum van het eerste overlijden. Er is geen winstdeling bij overlijden.

3.1.1.3. Overlijdenskapitaal bij ongeval

3.1.1.3.1. Verzekerd voorval

Indien de verzekerde overlijdt of komt te overlijden binnen de 12 maanden na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval -voor zover zowel het ongeval als het overlijden zich voordoen tijdens de dekkingperiode (3.1.2.1)- dan keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n).

Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'; bij gelijktijdig overlijden is er geen 'dubbele uitkering').

Bij wijze van uitbreiding worden als een ongeval beschouwd:

- het onopzettelijk inademen van gassen of dampen en het bij vergissing opnemen van giftige stoffen;
- de verdrinking;
- beten van dieren en steken van insecten;
- blikseminslag.

Worden daarentegen niet beschouwd als een ongeval:

- de zelfmoord;
- de gevolgen van een hersenbloeding, aanvallen van epilepsie;
- de gevolgen van heelkundige ingrepen die niet genoodzaakt worden door een ongeval;
- de infecties, intoxicaties en vergiftigingen, tenzij een bloedvergiftiging (maar enkel als er een uitwendige verwonding geweest is en de bloedvergiftiging daarvan het gevolg is).

3.1.1.3.2. Bedrag van het overlijdenskapitaal bij ongeval

Het uit te keren kapitaal is het overeengekomen verzekerd bedrag op de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet. Er is geen winstdeling bij overlijden.

3.1.2. Draagwijdte van de dekkingen bij overlijden

3.1.2.1. Dekkingperiode

De periode van de dekking bij overlijden begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijk in het Persoonlijk Certificaat voorziene data. De periode van dekking begint echter ten vroegste op de valutadatum van de betaling van de eerste premie.

3.1.2.2. Uitgesloten risico's inzake overlijden

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' (3.1.1.1) en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.2) als het overlijden het rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg is van:

- zelfmoord die plaats grijpt tijdens het eerste jaar na het in werking treden van de overlijdensdekking of tijdens het jaar na het weder inwerking treden van de overlijdensdekking; dezelfde termijn van 1 jaar geldt bij om het even welke verhoging van het nominaal verzekerd bedrag van de dekkingen met betrekking tot die verhoging en te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan;
- de tenuitvoerlegging van een rechterlijke veroordeling tot de doodstraf;
- een opzettelijk door de verzekerde, de verzekeringsnemer of één van de begunstigen als dader of mededader gepleegd misdrijf;
- een ongeval met een luchtvaartuig waarin de verzekerde plaatsgenomen heeft als piloot of als het gaat om een toestel dat:
 - niet toegelaten is voor vervoer van personen of goederen;
 - transport van goederen die bijdragen om in oorlogvoerende of oproerige gebieden conflictsituaties in stand te houden of te bevorderen;
 - in voorbereiding of deelneming aan een sportwedstrijd, een competitie, een demonstratie, een record of recordpoging;
 - proefvlucht(en) uitvoert;
 - van het type "ultra-licht gemotoriseerd" is;
 - van het type zweefvliegtuig, zweefscherm, deltavlieger, paraglijden of parachutisme is;
 - militair is of gebruikt wordt door militairen of voor militaire doeleinden, behalve indien het een toestel betreft dat op het ogenblik van het ongeval bestemd was voor personenvervoer buiten zones van vijandelijkheden;

tenzij anders is overeengekomen in het Persoonlijk Certificaat voor wat betreft de dekkingen 'overlijdenskapitaal' (3.1.1.1) en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.2);

- een ongeval bij wingsuit vliegen, tenzij anders is overeengekomen in het Persoonlijk Certificaat voor wat betreft de dekkingen 'overlijdenskapitaal' (3.1.1.1) en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.2);
- oproer, terroristische daden, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al of niet gepaard met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, indien de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deelnam.

Onder terroristische daad, verstaat men een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld gepleegd wordt op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onzekerheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Indien de verzekerde niet actief en vrijwillig deelneemt zijn de verschuldigde prestaties bij overlijden als gevolg van terrorisme gedekt binnen het kader, de perken en de tijdslijmieten van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen de schade veroorzaakt door terrorisme aangezien de verzekeraar lid is TRIP VZW, de rechtspersoon die werd opgericht in uitvoering van de bepalingen van voornoemde wet.

- oorlog of enig gelijkaardig feit of burgeroorlog; indien het overlijden van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, wordt een onderscheid gemaakt tussen twee gevallen:
 - als het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;

- als de verzekerde zich naar een land begeeft waar een gewapend conflict aan de gang is, kan er slechts dekking verleend worden mits de betaling van een premietoeslag, het schriftelijk akkoord van de verzekeraar en voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
- uit ieder feit of iedere opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer dat feit of die feiten voortvloeien uit of het resultaat zijn van radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten of radioactief afval, evenals alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit iedere bron van ioniserende stralen behalve ioniserende straling gebruikt of bestemd voor gebruik in een medische context die naar behoren werd aangewend;
- schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- van een uitsluiting vermeld op het Persoonlijk Certificaat wat ook de oorsprong is (medisch, professioneel...);
- van een opgedane ziekte of een ongeval overkomen vóór de inwerkingtreding van de overeenkomst of de verhoging van de dekkingen (3.3.1).

In het kader van de dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden', is er sprake van een uitgesloten risico indien tenminste één van de twee verzekerden overlijdt ten gevolge van één van de voorgaande uitgesloten risico's.

3.1.2.3. Uitgesloten risico's inzake overlijden door ongeval

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval' (3.1.1.3) ingevolge een risico dat in het kader van de overige dekkingen bij overlijden conform punt 3.1.2.2 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op het overlijden zelf als op het ongeval) of als het overlijden veroorzaakt wordt door een ongeval dat zelf het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van één van de volgende omstandigheden waarin de verzekerde verkeert op het ogenblik van het ongeval:

- de deelname aan misdrijven, gevechten of twisten (behalve bij wettige zelfverdediging) en kennelijk roekeloze daden (behalve bij redding van personen of goederen);
- het beoefenen als beroepsactiviteit van om het even welke sportdiscipline;
- het beoefenen als amateur van algemene erkende extreme en gevaarlijke sportactiviteiten, zoals auto- en motor sport, (diepzee)duiken, klimsport/bergsport, luchtvaart gerelateerde sporten, zeilen en wintersporten; deze lijst is niet beperkend;
- het beoefenen van vechtsporten in club- of competitieverband, de deelname aan georganiseerde snelheidswedstrijden (evenals tijdens de trainingen hiervoor), het beoefenen van wintersport in competitieverband (inclusief trainingen en proefritten), ski buiten piste en de deelname aan wedstrijden en uitdagingen;
- het beoefenen van gemotoriseerde sporten in competitie of voorbereidingen hiervan;
- een staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of een gelijkaardige intoxicatie voortvloeiend uit het gebruik van drugs, geneesmiddelen of hallucinogenen, tenzij er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en deze staat.

3.1.2.4. Prestaties bij overlijden ingevolge een uitgesloten risico

Bij het zich voordoen van een verzekerd voorval ten gevolge van een uitgesloten risico worden enkel de eventuele reserves die gevormd werden in het kader van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (6.5) uitgekeerd aan de begunstigde(n) van die dekkingen.

3.2. Bij arbeidsongeschiktheid

3.2.1. Omschrijving van de dekking bij arbeidsongeschiktheid

3.2.1.1. Verzekerd voorval

De dekking arbeidsongeschiktheidsrente strekt er toe een tussenkomst te voorzien bij een feitelijk verlies van beroepsinkomsten die het gevolg zijn van een arbeidsongeschiktheid.

Indien de verzekerde als gevolg van een verzekerd voorval tijdens de dekkingsperiode arbeidsongeschikt wordt, heeft hij zodra de eigenrisicotermijn verstreken is, gedurende de uitkeringsperiode (3.2.1.5.) recht op de volledige of gedeeltelijke uitkering van de arbeidsongeschiktheidsrente.

Twee types van verzekeringsprestaties worden onderscheiden:

- de dekking ‘rente bij arbeidsongeschiktheid’ (brutomarge), waarbij de verzekeringnemer (rechtspersoon) zich in kan dekken tegen het (gedeeltelijk) wegvallen van zijn bedrijfsleider;
- de dekking ‘overbruggingsrente bij arbeidsongeschiktheid’, waarbij de begunstigde enkel gedurende een contractueel bepaalde periode een uitkering blijft genieten.

3.2.1.2. Arbeidsongeschiktheid

De graad van de ongeschiktheid wordt beoordeeld in functie van fysiologische en economische criteria.

De fysiologische invaliditeit is de vermindering van de lichamelijke integriteit van de verzekerde waarvan de graad bepaald wordt bij medische beslissing onder verwijzing naar de "Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten", de terzake geldende Belgische rechtspraak en de "Europese schaal voor de beoordeling van aantastingen van de fysieke en psychische integriteit" en elk ander officieel document die ze vervolledigt of vervangt.

De economische invaliditeit is de vermindering van de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde als gevolg van de fysiologische invaliditeit waardoor de verzekerde getroffen werd.

De graad ervan wordt bepaald in evenredigheid met het verlies rekening houdende met de mogelijkheden van weder aanpassing aan een beroepsbedrijvigheid die met zijn opleidingsniveau en zijn vaardigheden strookt. De beoordeling van de graad van economische invaliditeit is volledig onafhankelijk van de algemene economische toestand of met om het even welk ander economisch criterium.

De eventuele invaliditeiten, ziektes of aandoeningen die al bestonden op het ogenblik dat de overeenkomst in werking treedt of op het ogenblik dat de overeenkomst weer in voege gesteld wordt of voortvloeien uit een uitgesloten risico, worden niet in aanmerking genomen bij het bepalen van de graad van arbeidsongeschiktheid.

De arbeidsongeschiktheidsdrempel is de minimale economische invaliditeitsgraad van 25% die moet vastgesteld worden opdat er sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid.

Is de arbeidsongeschiktheidsgraad lager dan 66,67%, dan is er sprake van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bedraagt de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 66,67%, dan is er sprake van een volledige arbeidsongeschiktheid en is de uitgekeerde rente gelijk aan de volledige gewaarborgde rente.

3.2.1.3. Gedekte arbeidsongeschiktheidsorzaken

De gedekte arbeidsongeschiktheid kan het gevolg zijn van een ongeval en/of een ziekte, naargelang wat werd overeengekomen, en/of een zwangerschapsrust.

Met betrekking tot de ongevallen kan een verder onderscheid gemaakt worden tussen ongevallen van het privéleven en arbeidsongevallen.

Met betrekking tot ziekte is de dekking uitgebreid met inbegrip van psychische en functionele stoornissen zoals verder vermeld in punt 3.2.1.3.2.

Met betrekking tot de zwangerschapsrust wordt verwezen naar punt 3.2.1.3.3.

3.2.1.3.1. Ongeval

Een ongeval is een plotse en toevallige gebeurtenis die te wijten is aan een uitwendige oorzaak vreemd aan de wil van de verzekerde en die een medisch objectiveerbaar lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

Bij wijze van uitbreiding worden als een ongeval beschouwd:

- het onopzettelijk inademen van gassen of dampen en het bij vergissing opnemen van giftige stoffen;
- de verdrinking;
- beten van dieren en steken van insecten;
- blikseminslag.

Worden daarentegen niet beschouwd als een ongeval:

- de zelfmoord;
- de gevolgen van een hersenbloeding, aanvallen van epilepsie;
- de gevolgen van heelkundige ingrepen die niet genoodzaakt worden door een ongeval;
- de infecties, intoxicaties en vergiftigingen, tenzij een bloedvergiftiging (maar enkel als er een uitwendige verwonding geweest is en de bloedvergiftiging daarvan het gevolg is).

Een ongeval is ofwel een arbeidsongeval ofwel een privéongeval.

Een arbeidsongeval is een ongeval zoals gedefinieerd in de Belgische wetgeving op de arbeidsongevallen, inclusief de ongevallen naar en van de werkplaats. De verwijzing naar de wetgeving op de arbeidsongevallen strekt er enkel toe om het begrip arbeidsongeval te definiëren.

Een privéongeval is ieder ongeval dat geen arbeidsongeval is.

3.2.1.3.2. Ziekte

Een ziekte is elke verslechtering van de gezondheid van de verzekerde, die niet te wijten is aan een ongeval, die objectieve symptomen vertoont die een diagnose alsook de aangepaste therapeutische behandeling volgens erkende medische standaarden toelaten.

Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ziekte is gedekt.

In uitbreiding van de dekking in geval van ziekte worden psychische en functionele stoornissen gedekt binnen de beschreven voorwaarden en bepalingen uit punt A. en B. hieronder.

A. Psychische stoornissen

De verzekeraar komt tussen, na toepassing van een eigenrisicotermijn van één jaar en indien alle voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- het gaat om één van de psychische stoornissen die hierna limitatief worden opgesomd:
 - zware depressieve stoornis;
 - bipolaire stoornis;
 - psychotische stoornis;
 - algemene angststoornis;
 - schizofrenie;
 - dissociatieve stoornis;
 - obsessieve-compulsieve stoornis;
 - anorexia nervosa;
 - boulimia nervosa.

- de diagnose is vastgesteld door een in België erkende arts in de psychiatrie op basis van objectieve en medisch verklaarbare symptomen en gedefinieerd in DSM-5 of ICD-10 of toekomstige versies hiervan.

B. Functionele stoornissen

De verzekeraar komt tussen, na toepassing van een eigenrisicotermijn van één jaar en indien alle voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- het gaat om één van de stoornissen die hierna limitatief worden opgesomd
 - burn out;
 - fibromyalgie waarvan de diagnose is vastgesteld op basis van wetenschappelijk erkende criteria volgens ACR (American College of Rheumatology);
 - chronisch vermoeidheidssyndroom waarvan de diagnose is vastgesteld op basis van wetenschappelijk erkende criteria volgens Fukuda;
- de diagnose is vastgesteld door een in België erkende arts gespecialiseerd in het vakgebied van deze aandoeningen.

Gedurende de volledige looptijd van de overeenkomst is de tussenkomst van de verzekeraar wegens verzekerde voorvallen die het resultaat zijn van onder punt B. vermelde stoornis(sen) cumulatief beperkt tot maximum 2 jaar.

3.2.1.3.3. Zwangerschapsrust

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- arbeidsongeschiktheid als gevolg van een normale zwangerschapsrust;
- arbeidsongeschiktheid als gevolg van zwangerschapsverwickelingen.

A. Arbeidsongeschiktheid als gevolg van een normale zwangerschapsrust

- Duur van de wachttijd

De wachttijd voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van normale zwangerschapsrust is 12 maanden.

- Normale zwangerschapsrust dat aanvangt tijdens de wachttijd

In geval van verlies van beroepsinkomsten die het gevolg zijn van een normale zwangerschapsrust dat aanvangt tijdens de wachttijd is geen enkele prestatie verschuldigd door de verzekeraar.

- Normale zwangerschapsrust dat aanvangt na de wachttijd

In geval van verlies van beroepsinkomsten die het gevolg zijn van een zwangerschapsrust dat aanvangt na de wachttijd is de verzekeraar gehouden tot een verzekeringsprestatie.

De verzekeraar voorziet in een verzekeringsprestatie voor de periode zoals vermeld op het medisch attest met een maximum 9 weken (max 1 week vóór en max 8 weken na de bevalling) en te verminderen met de eigenrisicotermijn zoals bepaald in het Persoonlijk Certificaat.

De verzekerde moet een medisch attest van zijn arts, met duidelijke vermelding van de begin- en einddatum van zwangerschapsrust, bezorgen.

B. Arbeidsongeschiktheid als gevolg van zwangerschapsverwickelingen

- Duur van de wachttijd

Bij arbeidsongeschiktheid als gevolg van zwangerschapsverwickelingen is er geen wachttijd.

- Verzekeringsprestatie

Wanneer de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van zwangerschapsverwikkelingen wordt de verzekeringsprestatie bepaald conform punten 3.2.1.3.1. en 3.2.1.3.2.

Indien de arbeidsongeschiktheid als gevolg van zwangerschapsverwikkelingen aanvangt ten laatste binnen een termijn van dertig dagen volgend op het einde van de periode van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een normale zwangerschapsrust, wordt deze arbeidsongeschiktheid – enkel voor de berekening van de eigenrisicotermijn – beschouwd als vervolg van de vorige arbeidsongeschiktheid. De vorige periode van arbeidsongeschiktheid wordt dus mee in aanmerking genomen voor de berekening van deze eigenrisicotermijn.

3.2.1.4. Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente

3.2.1.4.1. Bepaling – Uitbetaling

Onder voorbehoud van de bepalingen hieronder, is het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente gelijk aan het verzekerd bedrag (of de verzekerde bedragen waarvan de evolutie vermeld wordt op het Persoonlijk Certificaat) vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn (3.2.1.5).

Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, wordt de arbeidsongeschiktheidsrente uitgedrukt in een jaarbedrag. Ze wordt in maandelijkse schijven op het einde van iedere maand uitgekeerd.

Voor de eerste en de laatste maand van de effectieve uitkeringsperiode wordt de rente pro rata het aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de betrokken maanden berekend.

Het is de verzekeringnemer echter mogelijk de uitkering onder de vorm van een kapitaal aan te vragen als aan de volgende voorwaarden voldaan wordt:

- deze uitkering kan enkel gebeuren na een ononderbroken periode van arbeidsongeschiktheid van tenminste twee jaar;
- de volledige (minstens gelijk aan 66,67%) arbeidsongeschiktheidsgraad is blijvend (tenminste twee jaar) en moet definitief en zonder mogelijke verbetering zijn.

De uitkering van het kapitaal stelt een einde aan de dekking 'rente bij arbeidsongeschiktheid' en aan elke andere uitkering.

3.2.1.4.2. Arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsrente wordt uitgekeerd of toegekend in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad voor zover de arbeidsongeschiktheidsdrempel van 25% bereikt wordt. Er vindt een volledige uitkering of toekenning plaats indien de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 66,67% bedraagt. Wijzigt de arbeidsongeschiktheidsgraad, dan wordt het bedrag van de rente aangepast in functie van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsgraad.

Zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet meer bereikt is, wordt de uitkering of toekenning van de arbeidsongeschiktheidsrente stopgezet. De verzekeraar doet geen (verhoogde) uitkering of toekenning voor een verhoging van de arbeidsongeschiktheidsgraad die optreedt na de dekkingperiode (3.2.2.1) en dus ook niet na de beëindiging van de betreffende dekking.

3.2.1.4.3. Indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente

Er is geen indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente(n) tenzij het anders bedongen is in het Persoonlijk Certificaat.

Als er indexatie is wordt bij schade het bedrag van de rente jaarlijks verhoogd door vermenigvuldiging van het aanvangsbedrag ervan met een indexatiefactor. Deze factor is gelijk aan $(1 + \text{indexatiepercentage})^n$ tot de macht 'n', waarbij 'n' het aantal volledige jaren sinds de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid vertegenwoordigt. De eerste indexatie wordt bijgevolg doorgevoerd vanaf de dertiende kalendermaand die volgt op de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid. Het indexatiepercentage is vermeld in het Persoonlijk Certificaat.

Zodra de verzekerde niet langer getroffen wordt door een arbeidsongeschiktheid die de toepassing van de dekking tot gevolg heeft, wordt het verzekerd bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente teruggebracht op het niveau van vóór de arbeidsongeschiktheidsperiode.

3.2.1.5. Uitkeringsperiode

De verzekeraar is - zonder retroactiviteit - de arbeidsongeschiktheidsrente verschuldigd vanaf het verstrijken van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde eigenrisicotermijn.

Deze eigenrisicotermijn begint te lopen vanaf de datum waarop de arbeidsongeschiktheid aanvangt.

Er kan echter contractueel voorzien worden in een eigenrisicotermijn 'met afkoop'. In dit geval wordt een rente – retroactief – uitgekeerd vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid op voorwaarde dat de verzekerde nog steeds arbeidsongeschikt is na afloop van die eigenrisicotermijn met afkoop en op voorwaarde dat gedurende de volledige duur van de eigenrisicotermijn de verzekerde volledig arbeidsongeschikt was.

De arbeidsongeschiktheidsrente wordt uitgekeerd of toegekend tot op de datum van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde uitkeringsperiode (als de uitkeringsperiode er wordt uitgedrukt als een duurtijd - in jaren - wordt die duurtijd gerekend vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid en dus niet vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn). Die uitkeringsperiode eindigt echter steeds op het vroegste van de volgende tijdstippen:

- zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet langer bereikt is;
- op de overlijdensdatum van de verzekerde;
- zodra de begunstigde van de arbeidsongeschiktheidsrente overlijdt of ophoudt te bestaan;
- zodra het voorwerp van de verzekering ophoudt te bestaan;
- op de einddatum van deze verzekeringsprestatie zoals vermeld op het Persoonlijk Certificaat;
- bij het verstrijken van de uitkeringsduur zoals vermeld op het Persoonlijk Certificaat;
- op de einddatum van de overeenkomst;
- op de aanvangsdatum van het pensioen of het vervroegd pensioen of enig ander stelsel van sociale voorziening waarbij de professionele loopbaan beëindigd wordt.

3.2.1.6. Terugval

Indien de arbeidsongeschiktheid aanvangt binnen een termijn van dertig dagen volgend op het einde van een vorige periode van arbeidsongeschiktheid en voor zover deze herhaalde arbeidsongeschiktheid te wijten is aan dezelfde oorzaak als in de periode van arbeidsongeschiktheid die er aan voorafgaat, wordt dit beschouwd als vervolg van de vorige arbeidsongeschiktheid. In voorkomend geval wordt de vorige periode van arbeidsongeschiktheid mee in aanmerking genomen voor de berekening van de eigenrisicotermijn.

Indien een ingegane arbeidsongeschiktheidsrente stijgt door indexatie, wordt de uit te keren rente bij terugval berekend alsof er geen onderbreking van de arbeidsongeschiktheid is geweest. De tussenliggende periode wordt bovendien meegeteld voor de toepassing van de indexatie.

3.2.2. Draagwijdte van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente'

3.2.2.1. Dekkingsperiode

De periode van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' begint en eindigt op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene data. Tenzij anders vermeld staat in het Persoonlijk Certificaat, neemt de dekkingsperiode ten vroegste aanvang op de datum waarop de eerste of enige premie als valutadatum op de bankrekening van de verzekeraar geboekt staat.

3.2.2.2. Geografisch toepassingsgebied

De dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' is geldig over de hele wereld voor zover de verzekerde zijn vaste verblijfplaats in België heeft.

De verzekeraar dient in de mogelijkheid te verkeren de nodige medische controle te kunnen uitvoeren. Indien de verzekerde buiten de Europese Economische Ruimte verblijft, wordt de arbeidsongeschiktheidsrente slechts gedurende een periode van maximum drie maanden uitbetaald.

3.2.2.3. Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de 'arbeidsongeschiktheidsrente' als de arbeidsongeschiktheid het rechtstreeks of onrechtstreeks gevolg is van:

- een poging tot zelfmoord;
- deelname aan misdrijven, gevechten of twisten (behalve bij wettige zelfverdediging) en kennelijk roekeloze daden (behalve bij redding van personen of goederen);
- een ongeval met een luchtvaartuig waarin de verzekerde plaatsgenomen heeft als piloot of als het gaat om een toestel dat:
 - niet toegelaten is voor vervoer van personen of goederen;
 - transport van goederen die bijdragen om in oorlogvoerende of oproerige gebieden conflictsituaties in stand te houden of te bevorderen;
 - in voorbereiding of deelneming aan een sportwedstrijd, een competitie, een demonstratie, een record of recordpoging;
 - proefvlucht(en) uitvoert;
 - van het type "ultra-licht gemotoriseerd" is;
 - van het type zweefvliegtuig, zweefscherm, deltavlieger, paraglijden of parachutisme is
 - militair is of gebruikt wordt door militairen of voor militaire doeleinden, behalve indien het een toestel betreft dat op het ogenblik van het ongeval bestemd was voor personenvervoer buiten zones van vijandelijkheden;
- een ongeval bij wingsuit vliegen;
- het beoefenen als beroepsactiviteit van om het even welke sportdiscipline;
- het beoefenen als amateur van algemene erkende extreme en gevaarlijke sportactiviteiten, zoals auto- en motor sport, (diepzee)duiken, klimsport/bergsport, luchtvaart gerelateerde sporten, zeilen en wintersporten; deze lijst is niet beperkend;
- het beoefenen van vechtsporten in club- of competitieverband, de deelname aan georganiseerde snelheidswedstrijden (evenals tijdens de trainingen hiervoor), het beoefenen van wintersport in competitieverband (inclusief trainingen en proefritten), ski buiten piste en de deelname aan wedstrijden en uitdagingen;
- het beoefenen van gemotoriseerde sporten in competitie of voorbereidingen hiervan;
- een staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of een gelijkaardige intoxicatie voortvloeiend uit het gebruik van drugs, geneesmiddelen of hallucinogenen, tenzij er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en deze staat;
- oproer, terroristische daden, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al of niet gepaard met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, indien de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deelnam.

Onder terroristische daad, verstaat men een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld gepleegd wordt op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onzekerheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Indien de verzekerde niet actief en vrijwillig deelneemt zijn de verschuldigde prestaties bij overlijden als gevolg van terrorisme gedekt binnen het kader, de perken en de tijdslimieten van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen de schade veroorzaakt door terrorisme aangezien de verzekeraar lid is TRIP VZW, de rechtspersoon die werd opgericht in uitvoering van de bepalingen van voornoemde wet.

- oorlog of enig gelijkaardig feit of burgeroorlog; indien het overlijden van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, wordt een onderscheid gemaakt tussen twee gevallen:

- als het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
- als de verzekerde zich naar een land begeeft waar een gewapend conflict aan de gang is, kan er slechts dekking verleend worden mits de betaling van een premietoeslag, het schriftelijk akkoord van de verzekeraar en voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
- uit ieder feit of iedere opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer dat feit of die feiten voortvloeien uit of het resultaat zijn van radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten of radioactief afval, evenals alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit iedere bron van ioniserende stralen behalve ioniserende straling gebruikt of bestemd voor gebruik in een medische context die naar behoren werd aangewend;
- schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- van een uitsluiting vermeld op het Persoonlijk Certificaat wat ook de oorsprong is (medisch, professioneel...);
- een aandoening die niet medisch objectiveerbaar is op basis van een medisch onderzoek al dan niet gespecialiseerd;
- van psychische en functionele stoornissen die niet vermeld zijn in de limitatieve lijst van punt 3.2.1.3.2. A of B.

3.3. Algemene bepalingen

3.3.1. Informatieplicht van de verzekeringsnemer - verzekerde

De verzekeringsnemer verklaart bij het aangaan van de overeenkomst alle nuttige informatie te hebben aangeleverd die redelijkerwijze geacht wordt van belang te zijn en die van invloed is op de risicobeoordeling en de premieberekening.

De verzekeringsnemer en verzekerde(n) verbinden er zich toe gedurende de looptijd van het contract alle gegevens en informatie ter kennis te brengen die van invloed kan zijn op de te leveren verzekeringsprestatie.

Specifiek in het kader van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' moet de verzekerde, niet alleen bij het sluiten van de overeenkomst, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekking, maar ook gewoon tijdens de looptijd van het contract de verzekeraar onmiddellijk (en uiterlijk binnen de 3 maanden volgend op de wijziging) in kennis stellen van iedere wijziging van het voorwerp van de dekking zoals een wijziging van beroep en/of statuut, iedere daling van zijn beroepsinkomen, een verhoging van zijn risicograad of van het feit dat hij bij een andere verzekeringsonderneming een verzekeringscontract heeft aangegaan die dezelfde dekkingen als voorwerp heeft.

De verzekeraar kan op grond hiervan het verzekerd bedrag van de dekking verminderen of de dekking zelfs beëindigen. Indien de verzekerde nalaat de verzekeraar in kennis te stellen van een daling van zijn beroepsinkomen of van het feit dat hij ook bij een andere verzekeraar of pensioeninstelling verzekerd is voor een zelfde of soortgelijk risico, kan de verzekeraar bij een schadegeval zijn tussenkomst verminderen of zelfs weigeren. De mogelijks teveel betaalde premies worden naar verhouding terugbetaald.

Overeenkomstig de wettelijke bepalingen zal de opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring van gegevens de nietigheid van de betrokken dekking(en) tot gevolg hebben. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen hem toe.

Oplichting, poging tot oplichting of fraude in het algemeen ontslaat de verzekeraar van iedere verzekeringsprestatie.

Onopzettelijke verzwijging of onopzettelijke onjuiste verklaring van gegevens heeft tot gevolg dat te rekenen van de dag waarop de verzekeraar van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen, hij binnen de termijn van een maand een voorstel zal doen om de overeenkomst te wijzigen met uitwerking op de dag waarop hij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen.

In zover de verzekeraar het bewijs levert dat hij het risico nooit zou hebben verzekerd, kan hij 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 het wijzigingsvoorstel, dit niet aanvaard wordt, kan de verzekeraar de overeenkomst opzeggen binnen vijftien dagen.

Indien de verzekeraar echter bij een schadegeval het bewijs levert dat hij het risico, waarvan de waarde door dat schadegeval aan het licht komt, in geen geval zou hebben verzekerd, wordt zijn prestatie beperkt tot het betalen van een bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies.

3.3.2. Aanvaarding van de dekkingen door de verzekeraar en voorafbestaande ziekten en aandoeningen

De dekkingen en enige verhoging van het nominaal verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria van de verzekeraar. De dekkingen zijn slechts verworven indien zij vermeld staan op het Persoonlijk Certificaat of in een andere door de verzekeraar schriftelijk uitgebrachte bevestiging.

Indien verklaringen van de verzekeringnemer(s) of de verzekerde(n), medische formaliteiten en/of onderzoeken ter gelegenheid van het sluiten van het contract, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekkingen een vooraf bestaande ziekte of aandoening vermelden, tot uiting brengen of op grond van symptomen waarschijnlijk maken, is de dekking verworven, tenzij door de verzekeraar schriftelijk kennis gegeven wordt van het feit dat de ziekte of aandoening waarvoor de dekking (of de verhoging van de dekking) gevraagd wordt niet verleend wordt.

Indien de verzekeraar voor een dekking een bijpremie aanrekenen en/of een dekking geheel of gedeeltelijk (bijvoorbeeld voor een welbepaalde ziekte of aandoening) weigert, wordt die bijpremie en/of weigering, tenzij anders overeengekomen, ook toegepast op elke latere verhoging of uitbreiding van de betreffende dekking(en).

3.3.3. Vaststelling en wijziging van de dekkingen door de verzekeraar

Het verzekerd bedrag van de dekking(en) bij arbeidsongeschiktheid en de parameters ervan kunnen wijzigen indien daartoe gegronde redenen bestaan die verband houden met wettelijke of reglementaire bepalingen.

Bij een vermindering van reeds effectief verzekerde dekking(en) bij arbeidsongeschiktheid (of een inperking van hun parameters) zal de verzekeraar dit aan de verzekeringnemer mededelen. In voorkomend geval wordt een gewijzigd Persoonlijk Certificaat met vermelding van de aangepaste verzekerde bedragen (en parameters) van de risicodekkingen uitgereikt.

In zover de verzekerde, in het kader van de dekkingen arbeidsongeschiktheid nagelaten heeft de verzekeraar in kennis stellen van een vermindering van zijn beroepsinkomen of van het feit dat hij ook bij een andere verzekeringsonderneming een verzekeringscontract heeft aangegaan met hetzelfde voorwerp, dan kan de verzekeraar bij een schadegeval zijn tussenkomst verminderen of zelfs weigeren.

3.3.4. Wijziging van de risicograad

De tariefvoorwaarden en de omvang van de dekking van de verzekeringsovereenkomst worden door de verzekeraar bepaald aan de hand van aan de verzekeringnemer medegedeelde segmentatiecriteria.

Indien na aanvaarding van het risico naderhand in de loop van de overeenkomst zich factoren aandienen die een aanmerkelijke en blijvende wijziging uitmaken en van invloed zijn op de aanvankelijke premiestelling (berekening) en weerhouden segmentatiecriteria, dan heeft de verzekerde de verplichting deze factoren ter kennis te brengen van de verzekeraar.

Wanneer de verzekeraar beslist om gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst omwille van een gewijzigd risico aan de verzekeringnemer een voorstel tot wijziging van de tariefvoorwaarden of de verleende dekking over te maken, zal hij dit, onverminderd eventuele andere wettelijke verplichtingen, uitdrukkelijk, schriftelijk en op gemotiveerde wijze voorleggen aan de verzekeringnemer.

Wanneer de verzekeraar beslist om een verzekering gedurende de looptijd ervan op te zeggen omwille van een gewijzigd risico, moet hij, onverminderd eventuele andere wettelijke verplichtingen, dit uitdrukkelijk, schriftelijk en op gemotiveerde wijze mededelen aan de verzekeringnemer.

3.3.5. Aangifte van een schadegeval – Afwikkeling van schadegeval

Elk schadegeval (overlijden, ongeval met dodelijke afloop of arbeidsongeschiktheid) dient aangegeven te worden aan de verzekeraar door middel van het daartoe bestemde formulier binnen een termijn van 30 dagen. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de schadeaangifte zo vlug als redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, zijn tussenkomst verminderen naar verhouding van het nadeel dat de verzekeraar door de laattijdige aangifte heeft geleden.

In ieder geval vervalt elke aanspraak op verzekeringsprestatie in het geval dat meer dan 3 jaar is verstreken sinds het schadegeval.

De schadeaangifte moet vergezeld zijn van de (originele) documenten, attesten en rapporten die het bestaan en de ernst van het schadegeval aantonen. De verzekeraar is gerechtigd elk bijkomend document of nadere informatie op te vragen.

Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de verzekeraar verbinden zich er toe:

- alle medewerking te verlenen zodat de door de verzekeraar nuttig geachte onderzoeken en controles zo vlot mogelijk kunnen uitgevoerd worden;
- alle informatie te verstrekken die via de behandelde geneeshe(e)r(en)kan bekomen worden;
- de aldus opgevraagde informatie en attesten te richten aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Bij schadeaangifte van een overlijden zal een attest worden bijgevoegd dat door de verzekeraar ter beschikking wordt gesteld en de oorzaak van overlijden vermeldt.

Ter gelegenheid van een schadeaangifte van arbeidsongeschiktheid worden de nodige bewijsstukken bijgevoegd van beroepsinkomsten met betrekking tot de periode die de arbeidsongeschiktheid voorafgaat.

De verzekerde verbindt er zich toe in het kader van een schadebeperkingsplicht de aanbevolen medische behandelingen te volgen.

Vaststelling van (arbeids)ongeschiktheid - Medische expertise

Op grond van de door de verzekerde verstrekte inlichtingen wordt de graad van (arbeids)ongeschiktheid vastgesteld. Het bepalen van de graad van ongeschiktheid wordt verminderd indien een eerdere medische aandoening voorafgaand aan het onderschrijven van onderhavige overeenkomst op het bepalen van de graad van invloed is.

Elke betwisting over de werkelijkheid, de graad en duur van (arbeids)ongeschiktheid wordt voorgelegd aan twee geneesheren handelende als deskundigen.

In het geval van meningsverschil in de besluitvorming tussen de adviserende geneesheer van de verzekeringonderneming en de geneesheer gekozen door de verzekerde zullen zij een derde deskundige aanduiden.

Deze deskundigen beraadslagen als een college met meerderheid van stemmen waarbij het oordeel van de derde deskundige doorslaggevend is.

De daaruit volgende besluitvorming is definitief en onherroepelijk.

Indien één van de partijen verzuimt haar deskundige aan te duiden binnen een termijn van zestien dagen na verzoek daartoe per aangetekende brief of indien de door de partijen aangeduide deskundigen het niet eens worden over de aanduiding van de derde deskundige, geschiedt de aanduiding op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van het gerechtelijk arrondissement van de woonplaats of de maatschappelijke zetel van die partij.

Iedere partij staat in voor de kosten en de honoraria van de deskundige die zij aanduidt, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die de deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen. Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria met inbegrip van alle onderzoeken waar beide partijen gezamenlijk akkoord zijn om die te laten doorgaan. Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria van de derde deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken en bijkomende medische daden die de derde deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

4.1. Opzegging

De verzekeringnemer kan de overeenkomst opzeggen met een aangetekende brief of aangetekende e-mail:

- hetzij binnen 30 dagen te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van de overeenkomst;
- hetzij, als uit de Onderschrijvingsaanvraag blijkt dat de overeenkomst wordt gesloten tot dekking of wedersamenstelling van een door de verzekeringnemer aangevraagd krediet, binnen de 30 dagen te rekenen vanaf het ogenblik waarop hij verneemt dat het aangevraagde krediet niet wordt toegekend.

Bij opzegging eindigt de overeenkomst en stort de verzekeraar de betaalde premies terug, verminderd met de reeds opgenomen risicopremies en de eventuele kosten voor medische onderzoeken (6.8).

4.2. Aanduiding en wijziging van de begunstigden

De verzekeringnemer duidt de begunstigde(n) aan en kan –behoudens eerdere aanvaarding- de oorspronkelijk aangeduide begunstigde(n) wijzigen. De wijziging van de begunstigden moet vervat zijn in een gedateerd en ondertekend geschrift. Om tegenstelbaar te zijn aan de verzekeraar, moet dit geschrift hem worden overgemaakt.

Een wijziging van de begunstigde voor de dekking arbeidsongeschiktheid is niet mogelijk in geval van een lopend schadedossier.

4.3. Afkoop

Het afkooprecht geldt enkel indien het Persoonlijk Certificaat dit uitdrukkelijk vermeldt. Bij gebrek aan dergelijke expliciete vermelding, is er geen afkooprecht. In voorkomend geval het afkooprecht bestaat kunnen de in punt 6.5 bedoelde reserves van de overeenkomst worden afgekocht, in welk geval de overeenkomst wordt beëindigd. De afkoop wordt aangevraagd met een gedateerd en ondertekend afkoopformulier dat de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. Dit formulier geldt als regelingskwijting zodra de verzekeraar de afkoopwaarde heeft uitgekeerd.

Bij afkoop wordt een vergoeding aangerekend, die gelijk is aan 5% van het bedrag van de afgekochte brutoreserve. Als de overeenkomst een einddatum heeft, wordt de 5% in de loop van de 5 laatste jaren van het contract verminderd met 1% na ieder afgelopen jaar van die periode.

Het afkooprecht geldt nooit voor de dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval' en 'arbeidsongeschiktheidsrente'.

4.4. Voorschot en inpandgeving

De verzekeringnemer heeft voor wat betreft de dekkingen bij overlijden geen recht op een voorschot op de voorziene uitkeringen, maar kan de rechten voortvloeiend uit de overeenkomst wel in pand geven.

In geval van aanvaarding van de begunstiging wordt de inpandgeving afhankelijk gemaakt van de toestemming van de aanvaardende begunstigde.

De inpandgeving van de rechten uit de overeenkomst kan alleen geschieden door middel van een bijvoegsel, getekend door de verzekeringnemer, de pandhoudende schuldeiser en de verzekeraar.

Voor wat betreft de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' is er geen recht op een voorschot op de voorziene uitkeringen noch inpandgeving.

5. RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)

De begunstigde(n) geniet(en) de volgende rechten:

- het recht op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in punt 3;
- het recht om de begunstiging van die verzekeringsprestaties zoals bepaald in punt 3.1 al vóór hun opeisbaarheid te aanvaarden door middel van een door hem (hen), de verzekeringnemer en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat. De aanvaarding van de begun-

stiging heeft onder meer als gevolg dat de opzegging, de herroeping en wijziging van de begunstiging, de afkoop en de in pandgeving slechts mogelijk zijn mits de schriftelijke toestemming van de aanvaardende begunstigde.

6. GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN

6.1. Juridische aard van de dekkingen

De dekking 'overlijdenskapitaal' en de eventuele dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' van de overeenkomst (of van de samengevoegde overeenkomsten: 6.2) vormen samen de hoofdovereenkomst. Alle andere dekkingen zijn aanvullende verzekeringen ten opzichte van de hoofdovereenkomst.

Dit houdt onder meer het volgende in:

- de verzekeringnemer(s) heeft (hebben), in zijn (hun) verhouding met de verzekeraar, het recht om op elk moment en onafhankelijk van het verloop van de hoofdovereenkomst, de aanvullende verzekeringen te beëindigen;
- de bepalingen van de algemene voorwaarden betreffende de hoofdovereenkomst gelden eveneens voor de aanvullende verzekeringen, tenzij hiervan wordt afgeweken of tenzij uit het zinsverband blijkt dat zij enkel betrekking hebben op de hoofdovereenkomst;
- de opzegging of de afkoop van de hoofdovereenkomst brengt van rechtswege de beëindiging van de aanvullende verzekeringen mee;
- de stopzetting van de premiebetaling voor de hoofdovereenkomst impliceert van rechtswege de stopzetting van de aanvullende verzekeringen.

De aanvullende verzekeringen hebben noch afkoopwaarde, noch reductiewaarde.

Bij het zich voordoen van het verzekerd voorval in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal', worden alle dekkingen (en dus ook de overeenkomst zelf) automatisch beëindigd, tenzij de eventuele dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.2). Uitkeringen in het kader van een lopend schadegeval in het kader van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' worden ook automatisch stopgezet (3.2.1.5).

6.2. Samenvoeging

Verschillende overeenkomsten kunnen, mits het akkoord van de verzekeraar, worden samengevoegd. De samenvoeging blijkt uit de vermelding van die overeenkomsten op hetzelfde Persoonlijk Certificaat en houdt in dat de betreffende overeenkomsten, hoewel ze vanuit een fiscaal-juridisch oogpunt gescheiden blijven, vanuit een verzekeringstechnisch oogpunt als een eenheid worden beschouwd.

Dit impliceert onder meer dat de dekkingen gelden voor alle samengevoegde overeenkomsten samen en dat het aanvullend karakter van de aanvullende verzekeringen (6.1) beschouwd wordt ten opzichte van alle samengevoegde overeenkomsten.

6.3. Belastingen

Alle belastingen, bijdragen en lasten van welke aard ook die kunnen worden geheven op de premies, de reserves of welke uitkering ook zijn ten laste van de verzekeringnemer of de begunstigde(n).

6.4. Persoonlijk Certificaat

De verzekeraar brengt bij de inwerkingtreding en bij iedere wijziging van de overeenkomst een (geactualiseerd) Persoonlijk Certificaat uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer (het laatst uitgereikte document vervangt telkens het vorige). Het Persoonlijk Certificaat geeft een overzicht van de belangrijkste gegevens (premiebedrag, dekkingen, enz.) van de (samengevoegde) overeenkomst(en). De verzekeringnemer wordt verondersteld volledig akkoord te gaan met de inhoud van zijn Persoonlijk Certificaat en de latere versies hiervan, tenzij hij binnen 30 dagen na aflevering ervan door de verzekeraar, deze laatste zijn schriftelijke opmerkingen overmaakt.

6.5. Reservevorming / tariefwijziging

De netto premie verkregen na afhouding van eventuele instaptoeslagen, belastingen en premies voor de dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval' en 'arbeidsongeschiktheidsrente', wordt aangewend voor de vorming van reserves.

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- de reserves die gevormd worden door de premies die bestemd zijn voor de financiering van de dekking 'overlijdenskapitaal' (3.1.1.1);
- de reserves opeenvolgend overlijden, die gevormd worden door de premies die bestemd zijn voor de financiering van de dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.2).

De verzekeraar onttrekt dan aan de reserves die hiervoor bestemd zijn (zie hierboven) de risicopremies voor de respectievelijke dekkingen.

Die laatste risicopremies zijn de benodigde premies om de betreffende dekkingen te verzekeren voor een periode van telkens één maand. Zij worden in principe in het begin van iedere maand onttrokken. In geval van samenvoeging van verschillende overeenkomsten (6.2) gebeurt die onttrekking, onder voorbehoud van eventuele fiscale, juridische en andere beperkingen of verplichtingen, proportioneel met de op de onttrekkingsdatum gevormde reserves (die voor de respectievelijke dekkingen bestemd zijn) van de verschillende samengevoegde overeenkomsten.

Onverminderd de eventuele toepassing van bijpremies voor verhoogde risico's (3.3.2), zijn de gehanteerde tarieven voor de berekening van de premies deze die de verzekeraar bij de Nationale Bank van België (NBB) heeft neergelegd. Naast individuele premieverhogingen in het kader van een wijziging van de risicograad (3.3.3), kan de verzekeraar op ieder ogenblik in de loop van de overeenkomst de tarieven voor de berekening van de premies, zij het met inachtneming van de eventuele dwingende beperkingen terzake, om gegronde redenen en op een redelijke en proportionele wijze, verhogen in het kader van een algemene herziening ervan voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort, zo onder meer:

- indien de verzekeraar daartoe krachtens wettelijke of reglementaire bepalingen wordt verplicht;
- indien enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz. de draagwijdte van de dekking(en) of de verplichtingen van de verzekeraar zou uitbreiden;
- indien de verzekeraar van oordeel is dat het financiële evenwicht van zijn verzekerde portefeuille in gevaar wordt gebracht door enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz., of nog, door een stijging van de risicograad van de betreffende verzekerde gebeurtenis(sen) bij de bevolking, de populatie van de Belgische verzekeringsmarkt of in de eigen portefeuille (of een segment ervan);
- indien enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz. bepaalde segmentatiecriteria zou verbieden;
- indien zich omstandigheden voordoen die de verzekeraar volgens de wettelijke bepalingen of reglementen toelaten om over te gaan tot een tariefaanpassing.

Indien de in het tarief verwerkte toeslagen niet meer voldoende zijn omdat de kostprijs om een overeenkomst te beheren gestegen is sinds de onderschrijvingsdatum van de overeenkomst en de verzekeraar dit kan aantonen of indien de toegepaste intrestvoet niet langer marktconform is, kan de verzekeraar de toeslagen en/of intrestvoet verwerkt in het tarief aanpassen.

6.6. Premiewanbetaling / uitputting van de reserves

6.6.1. Premiewanbetaling en impact op de dekkingen

De premiebetaling is niet verplicht, tenzij de verzekeringnemer zich hiertoe door een andere verbintenis dan de overeenkomst zelf (zoals een lening of een krediet) heeft verbonden.

Vanaf de eerste onbetaalde premievervaldag worden voor het behoud van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (3.1.1.1 en 3.1.1.2), de nodige risicopremies verder onttrokken aan de betreffende reserves van de (samengevoegde) overeenkomst(en) tot respectievelijke uitputting ervan. Na uitputting van de betrokken reserves worden de betreffende dekkingen beëindigd, maar ten vroegste 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht.

De dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval' en 'arbeidsongeschiktheidsrente' (3.1.1.3 en 3.2) worden

beëindigd vanaf de eerste onbetaalde premievervaldag en ten vroegste 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht (zoals aangegeven in punt 6.1, hebben die dekkingen geen reductiewaarde).

Indien de verzekeraar om enige reden vaststelt dat de reserves ontoereikend zijn om de nodige risico-premies voor de betreffende dekking(en) verder te onttrekken, kan hij die dekking(en) vervroegd beëindigen. De vervroegde beëindiging heeft nochtans slechts ten vroegste uitwerking 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht.

6.6.2. Voortzetting van de dekkingen

Indien een dekking eindigt in omstandigheden als bedoeld in punten 6.6.1 heeft de verzekerde het recht om de verzekering individueel voort te zetten in het kader van een andere verzekering tot de initieel voorziene einddatum. Hij kan er ook voor kiezen om de nieuwe verzekering in een andere vorm (andere fiscaliteit, nieuwe overeenkomst, ...) te laten voortzetten.

Deze voortzetting moet dan wel kaderen in het productaanbod van de verzekeraar en moet uiterlijk geregeld zijn in een nieuwe verzekeringsovereenkomst die in werking treedt binnen 105 dagen nadat de betreffende dekking eindigde.

Indien aldus een nieuwe verzekering wordt gesloten ter voortzetting van de initiële verzekering en binnen dezelfde productvoorwaarden, past de verzekeraar voor de aanvaarding van dit risico geen bijkomende medische acceptatievoorwaarden toe. Voor de voortgezette verzekering worden dezelfde premies toegepast als voor de initiële verzekering.

6.7. Wederinwerkingstelling

Als de premiebetaling voor de overeenkomst wordt beëindigd, kan de verzekeringnemer ze op schriftelijk verzoek binnen drie jaar opnieuw in werking laten stellen. Dit geldt ook bij afkoop (4.3), in welk geval de termijn wordt herleid tot drie maand en de afgekochte reserves bovendien (zonder nieuwe instaptoeslag) moeten worden teruggestort aan de verzekeraar. De verzekeraar stelt de wederinwerkingstelling van de dekkingen afhankelijk van zijn aanvaardingscriteria (3.3.2). De wederinwerkingstelling gaat in op de datum vermeld op het nieuw uitgegeven Persoonlijk Certificaat.

6.8. Uitkeringen

De verzekeraar mag iedere uitkering (ook bij opzegging en afkoop) afhankelijk stellen van de voorlegging van de door hem nodig geachte documenten. De verzekeraar keert de verschuldigde sommen uit, na aanrekening van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, toeslagen, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de verzekeraar of aan derden (zoals een pandhoudende schuldeiser), binnen 30 dagen na ontvangst van de gevraagde documenten en, indien zo gevraagd, van een ondertekende regelingskwijting.

De verzekeraar kan niet verplicht worden om enige uitkering bij overlijden te doen aan enige begunstigde die het overlijden van de (een) verzekerde opzettelijk veroorzaakt of ertoe aangespoord heeft. De verzekeraar zal in dit geval handelen alsof deze persoon geen begunstigde is.

6.9. Briefwisseling en bewijs

Tenzij uit de voorgaande contractuele bepalingen of dwingende wettelijke bepalingen of reglementen anders zou blijken, kan elke kennisgeving van een partij aan de andere gebeuren per gewone brief. De partijen kunnen zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook andere kennisgevingsvormen (fax, e-mail, ...) als geldig beschouwen.

Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling meegedeeld (correspondentie)adres. Indien er twee verzekeringnemers zijn, kan de verzekeraar geldig elke kennisgeving aan de verzekeringnemer gezamenlijk richten aan beide verzekeringnemers samen, en dit op het correspondentieadres zoals vermeld op de Onderschrijvingsaanvraag. Indien er geen specifiek correspondentieadres wordt vermeld op de Onderschrijvingsaanvraag, kan de verzekeraar het adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Zodra de verzekeraar kennis krijgt van het feit dat geen van beide verzekeringnemers nog op het initieel opgegeven correspondentieadres woont, kan hij het (nieuw) adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Indien het correspondentieadres het adres is van één van de verzekeringnemers en die verzekeringnemer naderhand

overlijdt, kan de verzekeraar vanaf het ogenblik waarop hij kennis krijgt van het overlijden, het adres van de andere verzekeringnemer als enig correspondentieadres hanteren. De verzekeringnemers hebben steeds de mogelijkheid om met een door beiden gedateerde en ondertekende schriftelijke kennisgeving aan de verzekeraar, het enig correspondentieadres te laten wijzigen.

De verzending van een aangetekende brief wordt bewezen door de voorlegging van het bewijs van afgifte bij de post. Het bestaan en de inhoud van enig document en enige briefwisseling worden bewezen door de voorlegging van het origineel, of, bij gebrek hieraan, van het afschrift ervan in de dossiers van de verzekeraar.

6.10. Wijziging van de algemene voorwaarden

De verzekeraar kan om gegronde redenen (bijvoorbeeld in het kader van een wijziging van de wetgeving), rekening houdend met eventuele dwingende beperkingen in dit verband, binnen de perken van de goede trouw en zonder afbreuk te doen aan de wezenlijke kenmerken van de overeenkomst, de Algemene Voorwaarden wijzigen. De verzekeraar licht de verzekeringnemer hierover schriftelijk in, met vermelding van de aard en de redenen van de aangebrachte wijzigingen, alsook van de datum waarop de nieuwe Algemene Voorwaarden ingaan. In voorkomend geval, heeft de verzekeringnemer het recht om het contract op te zeggen.

6.11. Wettelijk kader

6.11.1. Toepasselijke wetgeving

De overeenkomst is onderworpen aan de Belgische wetgeving inzake individuele levens- en aanvullende verzekeringen.

Mocht de verzekeringnemer buiten België gevestigd zijn, wordt, indien de wet het zo toelaat, door de partijen uitdrukkelijk gekozen voor de toepassing van het Belgisch recht. Een clause die eventueel in strijd zou zijn met een dwingende bepaling tast de geldigheid van de overeenkomst niet aan. De clause wordt dan vervangen door de miskende dwingende bepaling en zal geacht worden vanaf het sluiten van de overeenkomst in overeenstemming met die dwingende bepaling te zijn opgesteld.

6.11.2. Toepasselijk belastingregime

Wat betreft het toepasselijk belastingregime wordt verwezen naar het document "fiscale informatie" die vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeringnemer werd bezorgd. Voor nadere inlichtingen over het toepasselijk belastingregime kan de verzekeringnemer zich wenden tot de verzekeraar. De verzekeraar kan echter op geen enkele wijze aansprakelijk worden gesteld indien bepaalde verwachte belastingvoordelen niet zouden (kunnen) genoten worden of indien op de overeenkomst een (para)fiscale druk zou rusten die niet verwacht werd.

6.12. Economische sancties

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.

6.13. Betaling van de prestaties bij leven en overlijden

De prestaties verschuldigd door de verzekeraar worden aan de begunstigde(n) uitgekeerd na overhandiging van het contract en de bijvoegsels.

Indien de uitkering gebeurt bij leven van de verzekerde, moeten minstens de volgende documenten voorgelegd worden:

- een levensattest met vermelding van de geboortedatum van de verzekerde;
- een kopie van de identiteitskaart van iedere begunstigde (met inbegrip van effectieve begunstigten in de zin van de wet van 18/09/2017) of indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, een kopie van de statuten van de maatschappij alsook een kopie van de identiteitskaarten van de personen die de volmacht hebben om de maatschappij te vertegenwoordigen.

Indien de uitkering gebeurt naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde, moeten minstens de volgende documenten voorgelegd worden:

- een uittreksel uit de overlijdensakte met opgave van de geboortedatum van de verzekerde;
- een medisch attest opgemaakt door de behandelende geneesheer van de verzekerde en over te maken aan de adviserend geneesheer van de verzekeraar, met vermelding van de overlijdensoorzaak (de verzekerde gaat hiermee akkoord door de ondertekening van voorliggend contract);
- een attest van erfopvolging met vermelding van de rechten van de begunstigde(n), wanneer hij (zij) niet met naam werd(en) aangeduid in het contract;
- een kopie van de identiteitskaart van iedere begunstigde;
- een levensbewijs op naam van iedere begunstigde.

De verzekeringsnemer-rechtspersoon zal aan de maatschappij de lijst bezorgen van zijn aandeelhouders-natuurlijke personen die méér dan 25 % van de aandelen, stemrechten of de goederen van de vennootschap die het contract sluit bezitten.

Als er geen aandeelhouder is – natuurlijke persoon met een dergelijk aandelenpakket of er zijn geen aandeelhouders – volstaat het de lijst van de personen mede te delen die zeggenschap of controle uitoefenen over deze rechtspersoon, die er de belangrijkste leidinggevende positie innemen, die lid zijn van het beheerorgaan of als het een stichting of VZW betreft de lijst van de personen die gemachtigd zijn de rechtspersoon te vertegenwoordigen.

Als de hoofdaandeelhouder van de verzekeringsnemer een rechtspersoon is moet de lijst van de aandeelhouders-natuurlijke personen van deze vennootschap gevoegd worden bij het verzekeringsvoorstel. Als de effecten van de vennootschap aan toonder zijn of gedematerialiseerd moet de aandeelhouder die minstens 25 % van de aandelen bezit conform artikel 7.83 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen aan de verzekeringsnemer zijn participatie in kennis geven.

Dezelfde lijst is vereist bij afkoop.

6.14. Bescherming van de persoonsgegevens

Voorafgaande opmerking

Als u de verzekerde bent van de verzekeringsovereenkomst die u gaat onderschrijven, nodigen wij u uit deze nota met uitleg aandachtig te lezen.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven ten gunste van andere personen dan uzelf (bijvoorbeeld de werknemers of bedrijfsleiders van uw onderneming, een of meer derden, ...), blijven de rechten en verplichtingen die deze nota beschrijft volledig van toepassing, behalve voor het akkoord over de verwerking van de persoonsgegevens over de gezondheid. In dat geval kunnen alleen de personen ten gunste van wie de verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven hun akkoord geven. Indien wij in het raam van risico-evaluatie of schadebeheer gegevens zouden moeten verzamelen bij deze personen, zullen zij ingelicht worden over ons beleid bij het beheer van persoonsgegevens. Bij de verwerking van gegevens over de gezondheid, zullen wij hun instemming vragen.

Allianz Benelux: wie zijn wij?

Allianz Benelux is uw verzekeraar of streeft ernaar uw verzekeraar te worden om u te beschermen tegen uiteenlopende risico's en u te vergoeden waar nodig. Om onze rol als verzekeraar goed te kunnen vervullen, hebben wij een aantal persoonlijke gegevens van u nodig. Deze nota legt uit hoe en waarom wij uw persoonlijke gegevens gebruiken. Wij nodigen u uit deze tekst aandachtig te lezen.

Waarom gebruiken wij uw persoonlijke gegevens?

Wij verzamelen en gebruiken uw persoonlijke gegevens uitsluitend voor:

- de evaluatie van het risico dat uw contract verzekert,
- het beheer van de commerciële relatie met u, uw makelaar of de commerciële partners, via internet en de sociale netwerken, inclusief de promotie van onze verzekeringsproducten, gedurende en na het einde van onze contractuele relatie,
- het beheer van uw verzekeringspolis of de eventuele schadegevallen die uw contract dekt,
- de verplichte verzending van informatie over uw verzekerings situatie,
- het toezicht op de verzekeringsportefeuille van onze onderneming,

- de preventie van misbruiken en verzekeringsfraude.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht u ertoe ons de persoonlijke gegevens te verstrekken die wij vragen. Maar als u ons die gegevens niet verstrekt, zullen wij uw verzekeringspolis of uw schadegevallen niet kunnen beheren.

Voor elk van de hierboven opgesomde doelstellingen worden de gegevens ingezameld en verwerkt:

- in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van de persoonsgegevens,
- op basis van ofwel de wetgeving die geldt voor verzekeringen, ofwel met uw instemming.

Wij delen deze gegevens met sommige van onze diensten binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance (controle van de conformiteit) en de interne audit. Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, delen wij uw persoonlijke gegevens ook met uw makelaar, onze herverzekeraar, onze auditeurs, deskundigen, juridisch adviseurs en met de Belgische of buitenlandse administraties (pensioenen, Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van onze reportingverplichtingen FATCA en CRS, sociale zekerheid, controleoverheden.

Om veiligheidsredenen en om uw gegevens op te slaan of onze informaticoepassingen te beheren, moeten wij uw persoonsgegevens soms overdragen aan een andere gespecialiseerde vennootschap van de Groep Allianz binnen of buiten de Europese Unie. De Groep Allianz heeft voor deze overdrachten zeer strenge regels bepaald die werden goedgekeurd door de overheden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en die Allianz Benelux naleeft. Deze regels maken de verbintenis uit die de Groep Allianz en Allianz Benelux zijn aangegaan om de verwerking van uw persoonsgegevens op een correcte manier te beschermen, waar die zich ook bevinden.

Welke rechten hebt u op het gebied van uw persoonsgegevens?

- het recht van toegang,
- het recht die te laten verbeteren indien zij onjuist of onvolledig zijn,
- het recht die te laten wissen in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer zij niet langer noodzakelijk zijn voor het doel dat werd nagestreefd bij hun inzameling of verwerking,
- het recht op beperking van de verwerking in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld de beperking van het gebruik van gegevens waarvan u de juistheid betwist in de periode waarin wij die moeten controleren,
- het recht een klacht in te dienen bij de bevoegde overheid,
- het recht u te verzetten tegen de verwerking,
- het recht op overdraagbaarheid van uw persoonsgegevens, meer bepaald het recht om uw persoonsgegevens in een gestructureerde, gangbare en leesbare vorm te verkrijgen of die onmiddellijk aan een andere verwerkingsverantwoordelijke over te dragen,
- het recht uitleg te krijgen over geautomatiseerde beslissingen,
- het recht om uw instemming met de verwerking van uw gegevens op elk moment in te trekken.

Profilering en geautomatiseerde besluitvorming.

In samenwerking met onze externe partners verzamelen wij gegevens in op sociale netwerken, om profielen te bepalen van prospecten naar wie wij commerciële aanbiedingen versturen en die deze laatsten altijd kunnen weigeren. In overleg met de betrokkenen verzamelen wij soms ook geolocatiegegevens.

Wij geven klanten of prospecten soms ook toegang tot premieberekeningsmodules zodat zij prijzen kunnen vergelijken en contact opnemen met een makelaar van hun keuze of met ons, of tot modules om hun financieel profiel af te lijnen en zo te bepalen of onze beleggingsverzekeringen interessant kunnen zijn voor hen en dan eventueel contact op te nemen met een makelaar van hun keuze of met ons.

De klanten en de prospecten hebben altijd het recht ons meer uitleg te vragen over de logica van deze modules of profilering.

Bewaring van uw persoonsgegevens.

Wij bewaren uw persoonsgegevens zolang als noodzakelijk voor de hoger aangehaalde doelstellingen of zolang een wet dat eist. De bewaartermijn van contractgegevens of gegevens over schadebeheer eindigt na afloop van de wettelijke verjaringstermijn die volgt op de afsluiting van het laatste schadegeval dat gedekt is door de verzekeringsovereenkomst. De bewaartermijn verschilt dus sterk van verzekering tot verzekering.

Vragen, uitoefening van uw rechten en klachten.

Al uw vragen over de verwerking van uw persoonsgegevens stuurt u ofwel via mail naar privacy@allianz.be, ofwel via de post naar: Allianz Benelux NV, Juridische dienst en compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, België. Gelieve ons ook een recto-verso kopie van uw identiteitskaart te sturen. Wij antwoorden u persoonlijk. Elke klacht over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u naar de bovenstaande post- en mailadressen sturen, of naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, www.privacycommission.be

Specifieke toestemming.

Verwerking van gegevens over de gezondheid.

Door uw verzekeringscontract te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens over uw gezondheid door de Medische dienst van onze maatschappij en door de personen die daartoe gemachtigd zijn, indien de verwerking noodzakelijk is voor het beheer van het contract of een schadegeval. Zonder de toestemming voor de verwerking van gegevens over de gezondheid, kunnen wij uw verzekeringspolis onmogelijk beheren indien het gaat om een lichamelijke waarborg of een schadegeval gezondheid.

De personen ten gunste van wie u een verzekering hebt onderschreven, zullen wij inlichten en ook hun akkoord vragen voor de verwerking van hun persoonsgegevens over de gezondheid bij het beheer van risico-evaluatie of van een eventueel schadegeval.

Voor meer informatie kan u altijd terecht op de pagina "Bescherming van persoonsgegevens" van onze website <https://allianz.be/persoonsgegevens>

6.15. Klachten en geschillen

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst.

Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de dienst Klachtenbeheer van Allianz Benelux: Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, tel. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, klachten@allianz.be, www.allianz.be.

Indien u niet tevreden bent na het antwoord van onze dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûssquare 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

Allianz Benelux is als verzekeraar verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen.

De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschil buiten het gerechtelijk systeem om.

6.16. Waarschuwing

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeraar brengt niet alleen de opzegging van de overeenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek.

