

VERSIE: 01/04/2019

VERZEKERINGEN PRECURA ASSURANCES

Verzekeringsonderneming toegelaten voor de verzekeringsverrichtingen Ongevallen (tak 1a) en Ziekte (tak 2).

Algemene voorwaarden

Arbeidsongeschiktheidsverzekering **Precura**

Inhoudstafel

DEFINITIES

HOOFDSTUK 1 - DOEL EN OMVANG VAN DE VERZEKERING

- Art 1. Doel van de verzekering
- Art 2. Waarborgen
- Art 3. Verplichtingen van de Verzekerde bij de onderschrijving van het Verzekeringscontract
- Art 4. Wachtijd
- Art 5. Carenzperiode
- Art. 6. Veranderen van verzekeringsformule
- Art 7. Stopzetting van beroep en wijziging van beroep, inkomen of sociaal statuut
- Art 8. Herval
- Art 9. Uitgesloten risico's
- Art 10. Territoriale geldigheid van de verzekeringswaarborg

HOOFDSTUK 2 – SCHADEAFHANDELING

- Art 11. Aangifte van een Schadegeval
 - Art. 11.1. Algemeen
 - Art. 11.2. Arbeidsongeschiktheid
- Art 12. Erkenning van de Arbeidsongeschiktheid en bepaling van de graad van Arbeidsongeschiktheid
- Art 13. Verplichtingen van de Verzekeringnemer en Verzekerde
- Art 14. Betwistingen over medische aangelegenheden (geschillen)

HOOFDSTUK 3 – ALGEMENE BEPALINGEN

- Art 15. Aanvang en duur van de verzekering
- Art 16. Betaling Premie
- Art 17. Niet-betaling van de Premie
- Art 18. Wijziging van de verzekerings- en premievoorwaarden
- Art 19. Opzegging van het Verzekeringscontract
- Art 20. Taksen, bijdragen, belastingen en kosten
- Art 21. Subrogatie
- Art 22. Correspondentieadressen – Domiciliëring van het Verzekeringscontract
- Art 23. Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken
- Art 24. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Art 25. Klachten - Ombudsdienst Verzekeringen

Definities

Aandoening:

Elke pathologische situatie die een vermindering van de functionele capaciteiten kan teweegbrengen.

Algemene Arbeidsmarkt:

Groep van beroepen waartoe de beroepsactiviteit die de Verzekerde uitoefent op het ogenblik dat hij arbeidsongeschikt is geworden, behoort en van de verschillende beroepen die de Verzekerde op basis van zijn professionele vorming of zijn verworven ervaring heeft kunnen of zou kunnen uitoefenen.

Arbeidsongeschiktheid:

Fysische of psychische onmogelijkheid voor de Verzekerde om de beroepsactiviteit die hij uitoefent op het ogenblik dat het Schadegeval zich voordoet, te blijven uitoefenen. Deze onmogelijkheid kan tijdelijk of blijvend zijn, gedeeltelijk of volledig en is het gevolg van een Ziekte of van een Ongeval. De graad van deze arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op basis van medische vaststellingen.

Bevalling:

Normaal of vroegtijdig einde van een zwangerschap van meer dan 6 maanden.

Carenzperiode:

In de bijzondere voorwaarden vermelde periode die aanvangt op de door de Maatschappij erkende begindatum van het Schadegeval en tijdens dewelke geen enkel recht op prestaties geldt.

Controlerende arts:

Arts die op aanvraag van de Maatschappij een Verzekerde onderzoekt.

Maatschappij:

Verzekeringen PRECURA Assurances, Onderlinge VerzekeringsVereniging. Verzekeringsonderneming toegelaten voor de verzekeringsverrichtingen Ongevallen (tak 1a) en Ziekte (tak 2).

Ongeval:

Iedere plotselinge gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de Verzekerde ligt en/of van ieder persoon die bij de verzekering belang heeft en die de Arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft.

Premie:

Bedrag dat de Maatschappij vraagt als tegenprestatie voor haar verbintenissen, eventueel verhoogd met de premietaks en de belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.

Schadegeval:

Elke gebeurtenis waarbij de waarborgen van het Verzekeringscontract kunnen worden aangesproken.

Verzekerde:

Persoon op wiens hoofd het risico rust.

Verzekeringnemer:

Natuurlijke persoon of rechtspersoon die het Verzekeringscontract gesloten heeft.

Verzekeringscontract:

Het Verzekeringscontract bestaat uit deze algemene voorwaarden en uit de bijzondere voorwaarden. Wanneer de bijzondere voorwaarden op bepaalde punten afwijken van deze algemene voorwaarden, primeert betreffende deze punten de inhoud van de tekst van de bijzondere voorwaarden.

Verzekeringsjaar:

Periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag, dewelke onveranderd blijft ongeacht enige toevoeging of wijziging van welke aard ook. Indien de ingangsdatum van het Verzekeringscontract niet samenvalt met de jaarlijkse vervalddag, is het eerste Verzekeringsjaar de periode gelegen tussen de ingangsdatum van het Verzekeringscontract en de eerste jaarlijkse vervalddag van het Verzekeringscontract.

Wachttijd:

Periode die aanvangt op de ingangsdatum van de waarborg en die eindigt na de in de bijzondere voorwaarden vermelde einddatum van de Wachttijd en tijdens dewelke geen enkel recht op prestaties kan ontstaan of kan gevraagd worden. Een Arbeidsongeschiktheid die ontstaat of die zijn oorsprong heeft tijdens de Wachttijd, geeft geen enkel recht op uitkering.

Ziekte:

Elke aantasting van de gezondheid van de Verzekerde die niet uit een Ongeval voortvloeit, die objectieve symptomen vertoont en die erkend is door een arts die hetzij in België, hetzij in het land waar de Verzekerde zich bevindt op het ogenblik van de vaststelling van de Ziekte, de wettelijke toelating heeft om de geneeskunde te beoefenen. Zwangerschap wordt niet als een Ziekte beschouwd.

Hoofdstuk 1 - Doel en omvang van de verzekering

ART 1. DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering beoogt dagvergoedingen uit te keren in geval van erkende Arbeidsongeschiktheid tengevolge van Ziekte of Ongeval, indien de Arbeidsongeschiktheid meer dan 65% bedraagt en op voorwaarde dat de Verzekerde iedere persoonlijke beroepsactiviteit gestaakt heeft en de uitoefening van ieder politiek, bestuurlijk of ander mandaat heeft geschorst of beëindigd.

ART 2. WAARBORGEN

De hoogte van de gekozen dagvergoeding wordt omschreven in de bijzondere voorwaarden.

De dagvergoedingen worden alle dagen toegekend, uitgezonderd op zon- en wettelijke feestdagen, en dit na het verstrijken van de Carenzperiode.

Gedurende de periode van erkende Arbeidsongeschiktheid ontvangt de Verzekeringnemer of de Verzekerde per kalendermaand, na vervallen termijn, de dagvergoedingen. Dit ten laatste tot de einddatum voorzien in de bijzondere voorwaarden of tot het ogenblik van hervatting, ook gedeeltelijke of tijdelijke, van de beroepsactiviteit of van iedere andere winstgevende of bezoldigde activiteit of tot het ogenblik van pensionering.

Voor de Arbeidsongeschikthe(i)d(en) die het gevolg is/zijn van een psychische Ziekte of Aandoening, worden in totaal, dat wil zeggen voor alle periodes van erkende Arbeidsongeschiktheid samen, dagvergoedingen betaald gedurende maximaal 5 jaar.

De uitgekeerde dagvergoedingen samengevoegd met eventuele andere professionele vervangingsinkomens mogen nooit het normale bruto persoonlijke beroepsinkomen voor een vergelijkbare periode overschrijden.

De premie en de voorziene dagvergoeding worden jaarlijks op de premievervaldag met 2,5% verhoogd, met dien verstande dat de jaarlijkse indexatie niet wordt toegepast op de dagvergoedingen voor een op het ogenblik van de jaarlijkse premievervaldag lopend schadegeval.

ART 3. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE BIJ DE ONDERSCHRIJVING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

Om als Verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet de kandidaat-verzekerde:

- een verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen;
- medische formaliteiten vervullen.

De aanvaarding van een Verzekerde gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid dat op dat ogenblik van toepassing is.

Alle medische onderzoeken aangevraagd door de Maatschappij gebeuren op kosten van de Maatschappij.

ART 4. WACHTTIJD

Vanaf de ingangsdatum van de waarborg is een Wachtijd van zes maanden van toepassing.

Voor de Arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een psychische Ziekte of Aandoening, wordt er steeds een Wachtijd van 24 maanden voorzien.

Er wordt geen Wachtijd voorzien in geval van:

- een Arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een Ongeval;
- overgang naar een andere verzekeringsformule zoals voorzien in artikel 6, voor zover de initiële Wachtijd is verstreken.

ART 5. CARENZPERIODE

Voor elke erkende Arbeidsongeschiktheid is er een Carenzperiode voorzien waarvan de duur wordt bepaald door de Verzekeringnemer bij de onderschrijving van het Verzekeringscontract en die 30, 60, 90, 180 of 365 kalenderdagen kan bedragen. De gekozen Carenzperiode wordt vastgelegd in de bijzondere voorwaarden.

ART 6. VERANDEREN VAN VERZEKERINGSFORMULE

Een niet arbeidsongeschikte Verzekerde kan op ieder ogenblik een aanvraag indienen om naar een andere verzekeringsformule over te gaan.

De overgang naar een verzekeringsformule waarvan de voorziene dagvergoedingen hoger zijn, gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid dat op dat ogenblik van toepassing is.

Een verandering van verzekeringsformule wordt niet toegepast op de Verzekerde die op het ogenblik dat de verandering van verzekeringsformule wordt ingevoerd, arbeidsongeschikt is.

ART 7. STOPZETTING VAN BEROEP EN WIJZIGING VAN BEROEP, INKOMEN OF SOCIAAL STATUUT

Wanneer een Verzekerde zijn beroep stopzet, wanneer zijn beroep of sociaal statuut wijzigt of wanneer zijn inkomen in belangrijke mate wijzigt, dient hij de Maatschappij hiervan binnen de maand op de hoogte te brengen. Binnen de dertig kalenderdagen na kennisname van de stopzetting of wijziging heeft de Maatschappij het recht de verzekeringsformule met terugwerkende kracht aan te passen tot de dag van stopzetting of wijziging overeenkomstig de nieuwe situatie. Deze aanpassing gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid dat op dat ogenblik van toepassing is.

Als een schadegeval zich voordoet en de Verzekerde de Maatschappij niet heeft geïnformeerd over de stopzetting van beroep of wijziging van beroep of sociaal statuut of belangrijke wijziging van inkomen:

- is de Maatschappij ertoe gehouden de overeengekomen prestatie te leveren wanneer het ontbreken van de kennisgeving niet kan worden verweten aan de Verzekerde;
- is de Maatschappij er slechts toe gehouden de prestatie te leveren naar de verhouding tussen de betaalde Premie en de Premie die de Verzekerde had moeten betalen indien de verzwaaring in aanmerking was genomen, wanneer het ontbreken van de kennisgeving aan de Verzekerde kan worden verweten. Zo de Maatschappij evenwel het bewijs aanbrengt dat zij het verzwaarde risico in geen enkel geval zou verzekerd hebben, dan is haar prestatie bij schadegeval beperkt tot de terugbetaling van alle betaalde Premies;
- zo de Verzekerde met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, kan de Maatschappij haar dekking weigeren. De Premies, vervallen tot op het ogenblik waarop de Maatschappij kennis heeft gekregen van het bedrieglijk verzuim, komen haar toe als schadevergoeding.

ART 8. HERVAL

Een nieuwe Arbeidsongeschiktheid die ontstaat binnen de 30 kalenderdagen volgend op het einde van de erkende Arbeidsongeschiktheid, wordt beschouwd als de voortzetting van de vorige Arbeidsongeschiktheid, ongeacht of deze al dan niet ontstond tijdens de Wachtijd, op voorwaarde dat het dezelfde Ziekte of hetzelfde Ongeval betreft die/dat de oorzaak is geweest van de vorige Arbeidsongeschiktheid.

Bij hervал wordt geen nieuwe Carenzperiode toegepast.

ART 9. UITGESLOTEN RISICO'S

Het recht op uitkeringen in geval van Arbeidsongeschiktheid wordt nooit verleend indien de Arbeidsongeschiktheid of de verergering ervan het gevolg is van:

- een Aandoening die bestond vóór het sluiten van het Verzekeringscontract, op voorwaarde dat vóór het sluiten van het Verzekeringscontract een arts deze Aandoening, of de symptomen die geleid hebben tot de diagnose van deze Aandoening, vastgesteld heeft en de Verzekerde deze ervaren heeft en hiervan geen melding heeft gemaakt op het vertrouwelijk medisch inlichtingenblad, ingevuld ter gelegenheid van het sluiten van het Verzekeringscontract. De Maatschappij kan het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens betreffende de gezondheidstoestand op het ogenblik van het sluiten van het Verzekeringscontract, bijvoorbeeld in het vertrouwelijk medisch inlichtingenblad, niet inroepen om de tussenkomst te weigeren of te beperken nadat een periode van 24 maanden verstreken is vanaf de inwerkingtreding van het Verzekeringscontract, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een Ziekte of Aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van het Verzekeringscontract reeds hadden gemanifesteerd en die niet gediagnosticeerd werden door een arts binnen diezelfde periode van 24 maanden;
- een Schadegeval ontstaan tijdens de Wachtijd;

- een behandeling met louter esthetische doeleinden, tenzij de Maatschappij hiervoor haar voorafgaandelijke schriftelijke toestemming verleend heeft;
- een Ongeval overkomen naar aanleiding van een lichaams oefening tijdens een sportcompetitie of –exhibitie waarvoor de inrichter toegangsgeld ontvangt en waarvoor de deelnemers in om het even welke vorm een bezoldiging ontvangen;
- de uitoefening van gelijk welke sport als professioneel of semiprofessioneel aangeworven met een arbeidscontract voor bezoldigde sporters zoals bepaald in de wet van 24 februari 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst voor betaalde sportbeoefenaars;
- een Ongeval overkomen ter gelegenheid van de beoefening van een sport of activiteit waaraan buitengewone gevaren verbonden zijn, zoals onder andere auto- of motorrennen, rally's, luchtsporten, diepzeeduiken, onderaardse en stratosferische activiteiten;
- een van de volgende door de Verzekerde gepleegde zware fouten:
 - staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie;
 - onder invloed zijn van drugs, verdovende of opwekkende middelen;
 - opzettelijk misbruik van geneesmiddelen;
 - uitlokking van of deelname aan weddenschappen of uitdagingen;
 - beoefening van sportactiviteiten in dergelijke omstandigheden dat deze door specialisten als roekeloze daden beschouwd worden;
 - vrijwillige deelname aan vechtpartijen of andere gewelddaden;
- kennelijk roekeloze daden of behandelingen die Verzekerde op zichzelf heeft toegepast;
- opzet, meer bepaald indien de Verzekerde zich opzettelijk gekwetst, doen kwetsen of ziek gemaakt heeft;
- een zelfmoordpoging;
- middelenmisbruik;
- betrokkenheid hetzij als dader hetzij als medeplichtige bij een misdrijf voor hetwelk de Verzekerde wordt beticht of veroordeeld. In afwachting van een in kracht van gewijsde gegane gerechtelijke beslissing zal de Maatschappij elke tussenkomst ten voordele van de Verzekerde in beraad houden. In de hypothese dat de schuld van deze laatste definitief zou worden vastgesteld, zullen de eventuele tussenkomsten waarop hij recht zou kunnen hebben, hem geweigerd worden;
- het feit dat de Verzekerde weigert de gepaste medische behandeling en de nodige maatregelen tot herstel van zijn gezondheid te volgen;
- een oorlogsfeit, burgeroorlog, volksoproer of -opstand;
- blootstelling aan atoomkernreacties of aan radioactiviteit of ioniserende stralen die geen deel uitmaken van een medische behandeling;
- het gebruik van nucleaire wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) of fibromyalgie.

Indien de Arbeidsongeschiktheid gedekt is door een bijzondere wetgeving, met uitzondering van deze betreffende de verplichte ziekteverzekering, of zo deze Arbeidsongeschiktheid haar oorsprong vindt in de vermindering van arbeidsgeschiktheid welke recht geeft op een invaliditeitspensioen toegekend krachtens een bijzondere wetgeving, wordt het recht op uitkeringen in die mate verminderd.

ART 10. TERRITORIALE GELDIGHEID VAN DE VERZEKERINGSWAARBORG

De waarborgen gelden over de hele wereld, voor zover de Verzekerde bij aanvang van de Arbeidsongeschiktheid zijn woonplaats en zijn hoofdverblijfplaats in België heeft en de in deze algemene voorwaarden voorziene controles altijd kunnen worden uitgeoefend in België.

Hoofdstuk 2 – Schadeafhandeling

ART 11. AANGIFTE VAN EEN SCHADEGEVAL

Art 11.1. Algemeen

De Maatschappij heeft het recht alle informatie en inlichtingen betreffende een Schadegeval te vragen welke ze nodig acht, zoals bijvoorbeeld (fiscale) bewijsstukken betreffende het beroepsinkomen voor, tijdens en na het Schadegeval.

Indien de Verzekeringnemer en/of de Verzekerde de gevraagde informatie en/of inlichtingen niet verschaft, kan de Maatschappij haar tussenkomst weigeren, schorsen of stopzetten.

Art 11.2. Arbeidsongeschiktheid

De Arbeidsongeschiktheid is verondersteld te zijn ingetreden op de dag aangeduid op het door de behandelende arts verstrekt medisch attest. Dit attest dient aan de raadgevend arts te worden overhandigd of per post verzonden, uiterlijk 14 kalenderdagen na de aanvang van de Arbeidsongeschiktheid.

In geval van vertraging bij het overhandigen of verzenden van het medisch attest is de Arbeidsongeschiktheid verondersteld in te gaan de dag van de overhandiging of neerlegging ter post.

Het medisch attest van de behandelende arts dient de volgende elementen te bevatten:

- de begindatum van de Arbeidsongeschiktheid en haar vermoedelijke duur;
- de oorzaken van de Arbeidsongeschiktheid en mogelijk aansprakelijke derde;
- eventuele hospitalisatieperiode met begin- en einddatum;
- de nauwkeurige diagnose.

De Maatschappij mag bovendien een medisch attest vragen door dezelfde arts of artsen opgesteld omtrent de graad en de duurtijd van de Arbeidsongeschiktheid. De Verzekerde verbindt zich ertoe alle inlichtingen met betrekking tot zijn gezondheidstoestand aan zijn behandelende arts of artsen te vragen en deze aan de raadgevend arts mede te delen.

De nodige maatregelen moeten getroffen worden opdat de door de Maatschappij aangestelde Controlerende arts of artsen de Verzekerde in België te allen tijde zouden kunnen onderzoeken. Zij moeten in staat worden gesteld alle door de Maatschappij noodzakelijke geoordeelde opdrachten te vervullen binnen een termijn van 30 kalenderdagen te rekenen vanaf de kennisgeving.

Indien de bovenvermelde verplichtingen niet nagekomen worden, zijn de prestaties slechts verschuldigd voor zover de geleden Arbeidsongeschiktheid nog kan aangetoond worden. De Maatschappij kan prestaties weigeren indien de verplichtingen met bedrieglijk opzet niet werden nagekomen.

ART 12. ERKENNING VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN BEPALING VAN DE GRAAD VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

De erkenning van de Arbeidsongeschiktheid en de bepaling van de graad van Arbeidsongeschiktheid gebeuren door de Maatschappij. Gedurende het eerste jaar van Arbeidsongeschiktheid gebeurt dat in functie van het uitgeoefend hoofdberoep van de Verzekerde. Na één jaar Arbeidsongeschiktheid gebeurt dat in functie van de Algemene Arbeidsmarkt.

ART 13. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VERZEKERDE

Het medisch attest dat een Arbeidsongeschiktheid verlengt, dient toegezonden te worden uiterlijk binnen de acht kalenderdagen na het verstrijken van de periode van Arbeidsongeschiktheid; zoniet vervalt het recht op vergoeding tot op de dag dat dit verlengingsattest toekomt. Het medisch attest moet duidelijk de verwachte duur van de verlenging vermelden. De Maatschappij bepaalt de duur en de graad van de Arbeidsongeschiktheid.

Gedurende de periode van erkende Arbeidsongeschiktheid dient, behalve andersluidende beslissing van de Maatschappij, op het einde van iedere kalendermaand een nieuw medisch attest volgens het model van de Maatschappij aan de raadgevend arts toegezonden te worden.

Werkhervatting dient binnen de 4 kalenderdagen aan de Maatschappij meegedeeld te worden.

De arbeidsongeschikte Verzekerde die zijn recht op vergoeding wil behouden, moet:

- onmiddellijk kennis geven van opname in een verzorgingsinstelling of van iedere wijziging van verblijfplaats in het land;
- de eventuele controlekosten zullen ten laste gelegd worden van de Verzekerde die zonder geldige reden verzuimd heeft deze kennisgeving te doen;
- voor ieder verblijf in het buitenland de voorafgaandelijke toelating verkrijgen van de Maatschappij, ook indien het een verblijf voor behandeling of herstel betreft; de plaats en het tijdstip van elk verblijf dienen duidelijk gemeld te worden;
- in geval van hospitalisatie een bewijs voorleggen met de vermelding van de begin- en einddatum van opname;
- gevolg geven aan iedere oproep voor controle indien de Verzekerde de woonst mag verlaten; de Verzekerde die hieraan geen gevolg kan geven, wordt geacht in de woonst of de naaste omgeving ervan te verblijven. De arbeidsongeschikte Verzekerde mag zich niet verzetten tegen controlebezoeken ten huize die uitgevoerd worden door een Controlerende arts.

In het kader van een herstel kan door de Maatschappij bij een gedeeltelijke werkhervatting gedurende een beperkte periode een bepaald percentage van de dagvergoeding uitbetaald worden, mits voorafgaande schriftelijke toestemming van de Maatschappij. De Maatschappij bepaalt de duur van deze periode en het percentage van de dagvergoeding dat maximaal 50% kan bedragen.

ART 14. BETWISTINGEN OVER MEDISCHE AANGELEGENHEDEN (GESCHILLEN)

Een meningsverschil in het kader van een schadegeval tussen de Maatschappij en de Verzekerde aangaande de graad of de duur van Arbeidsongeschiktheid of een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de partijen, door een Minnelijke Medische Expertise (MME) beslecht worden: elke partij duidt een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verweerder op verzoek van de meest gerede partij.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdend met de bepalingen van het Verzekeringscontract. Elke partij betaalt het ereloon van haar arts. De kosten en erelonen van de derde arts worden gemeenschappelijk gedragen.

Hoofdstuk 3 – Algemene bepalingen

ART 15. AANVANG EN DUUR VAN DE VERZEKERING

Het Verzekeringscontract treedt in werking op de ingangsdatum voorzien in de bijzondere voorwaarden, doch niet voor ondertekening van het contract door beide partijen, noch voor de ontvangst van de betaling van de eerste Premie.

Het contract neemt een einde bij het bereiken van de in de bijzondere voorwaarden voorziene einddatum.

ART 16. BETALING PREMIE

De Premie is betaalbaar bij aanbieding van het vervalddagbericht verstuurd door de Maatschappij. In geval van niet-betaling van de Premie wordt artikel 17 van deze algemene voorwaarden toegepast.

Er is geen Premie meer verschuldigd tijdens een erkende volledige Arbeidsongeschiktheid. Bij een erkende gedeeltelijke Arbeidsongeschiktheid in het kader van een herstel (zie art. 13) is de premie slechts pro rata verschuldigd.

De jaarlijkse premievervalddag wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.

ART 17. NIET-BETALING VAN DE PREMIE

Niet-betaling van de Premie op de vervalddag kan grond opleveren tot schorsing van de dekking of tot opzegging van het Verzekeringscontract mits de Verzekeringnemer in gebreke is gesteld.

Als de dekking geschorst is, wordt als gevolg van de betaling van de achterstallige Premies door de Verzekeringnemer, in voorkomend geval vermeerderd met de wettelijke intresten, een einde gemaakt aan die schorsing.

De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de Maatschappij de later nog te vervallen Premies te eisen.

De Maatschappij kan inningskosten aanrekenen.

ART 18. WIJZIGING VAN DE VERZEKERINGS- EN PREMIEVOORWAARDEN

De Maatschappij kan de Premie, de Carenzperiode of de prestaties aanpassen op de jaarlijkse premievervalddag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen of de medische index.

De Maatschappij kan de Premie, de Carenzperiode en de dekkingsvoorwaarden ook aanpassen in de volgende gevallen:

- bij wijziging van het beroep van de Verzekerde;
- bij wijziging van het inkomen van de Verzekerde;
- bij verandering van sociaal statuut van de Verzekerde in het stelsel van sociale zekerheid;

voor zover deze wijzigingen of verandering een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking;

- wanneer conform artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, op vraag van de toezichthouders het tarief in evenwicht moet worden gebracht.

De verplichtingen van de Verzekeringnemer zijn beperkt tot zijn verbintenissen zoals die voortvloeien uit de statuten van de Maatschappij en uit het Verzekeringscontract.

De Verzekeringnemer dient de Premie te betalen. Indien er na uitputting van de reserves een tekort is, kan de Raad van Bestuur beslissen een aanvullende Premie waarvan het bedrag niet hoger mag zijn dan eenmaal de jaarlijkse Premie, aan de Verzekeringnemer op te leggen.

ART 19. OPZEGGING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

De Verzekeringnemer kan het Verzekeringscontract ieder jaar opzeggen op de jaarlijkse premievervalddag. De opzegging zal slechts uitwerking hebben mits het aan de Maatschappij verzenden van een aangetekende brief uiterlijk 3 maanden voor de in de vorige zin vermelde datum.

De Maatschappij kan het Verzekeringscontract opzeggen in geval van niet-betaling van de Premie, mits naleving van artikel 17 van de algemene voorwaarden.

ART 20. TAKSEN, BIJDRAGEN, BELASTINGEN EN KOSTEN

De Premies worden vermeerderd met de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen en de eventuele bijdragen opgelegd aan de Verzekeringnemer. Alle taken, bijdragen, belastingen, kosten of heffingen, die, onder welke benaming ook, door welke autoriteit ook kunnen worden opgelegd betreffende de geïnde Premies, de verzekerde sommen of de uit te keren prestaties, zullen integraal door de Verzekeringnemer of de Verzekerde gedragen worden.

ART 21. SUBROGATIE

De Maatschappij treedt ten belope van het bedrag van de vergoedingen die zij betaalt, in de rechten en rechtsvorderingen van de Verzekeringnemer of de Verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Indien door toedoen van de Verzekeringnemer of de Verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de Maatschappij, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde vergoedingen in de mate van het geleden nadeel.

De Maatschappij heeft geen verhaal tegen de bloedverwanten in de rechte opgaande of nederdalende lijn, de echtgenoot en de aanverwanten in de rechte lijn van de Verzekerde, noch op de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet. De Maatschappij kan evenwel verhaal uitoefenen tegen deze personen indien hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

ART 22. CORRESPONDENTIEADRESSEN – DOMICILIËRING VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

De Maatschappij kiest als woonplaats haar maatschappelijke zetel. De woonplaats van de Verzekeringnemer en van de Verzekerde worden rechtens gekozen op het laatste professionele adres door de Maatschappij gekend.

De Verzekeringnemer en de Verzekerde verbinden zich ertoe, zo zij van woonplaats veranderen, de Maatschappij schriftelijk te verwittigen, zoniet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de Maatschappij laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief door de Maatschappij verzonden, geldt als voldoende ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post bewijst de verzending. De dossiers of documenten van de Maatschappij bewijzen de inhoud van de brief voor zover deze door de Verzekeringnemer of Verzekerde niet wordt voorgelegd.

ART 23. TOEPASSELIJK RECHT EN BEVOEGDE RECHTBANKEN

De geschillen betreffende de interpretatie en de uitvoering van dit Verzekeringscontract vallen onder de uitsluitende bevoegdheid van de Rechtbank van eerste aanleg. De Belgische wet is van toepassing op dit Verzekeringscontract.

ART 24. BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

De Verzekeringnemer en de Verzekerde geven aan de Maatschappij, verantwoordelijke voor de verwerking, toestemming om conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming van 27 april 2016 hun persoonsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het aanbieden of te koop aanbieden van verzekeringsproducten en -waarborgen, de onderschrijving, het beheer en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten, het beheer van de schadegevallen, het verlenen van verzekeringsdiensten in het algemeen, de naleving van de toepasselijke (verzekerings)wetgeving, de naleving van de AssurMiFID-reglementering, (direct) marketingacties, de verwerking voor statistische doeleinden en de bestrijding van verzekeringsfraude.

Deze verwerking omvat onder meer de mededeling of overzending van persoonsgegevens, wanneer dit nodig of aangewezen is, aan derde dienstverleners zoals herverzekeringsondernemingen, medische experts of advocaten die optreden voor de Maatschappij. Deze zijn niet gevestigd buiten de Europese Unie.

Uitsluitend voor de verwerking met het oog op en in het kader van de onderschrijving, het beheer en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten, het beheer van de schadegevallen en het verlenen van verzekeringsdiensten in het algemeen, geven de Verzekeringnemer en de Verzekerde hun uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens aangaande hun gezondheidstoestand. De toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personeelsleden van de Maatschappij die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken en eventuele derde dienstverleners waarvan de tussenkomst noodzakelijk of aangewezen is bij de uitvoering van voormelde taken.

De Verzekeringnemer en de Verzekerde kunnen zich op elk ogenblik verzetten tegen het verwerken van hun persoonsgegevens voor “direct marketing”-doeleinden door zich te wenden tot de Maatschappij.

De Verzekeringnemer en de Verzekerde hebben een recht van inzage, een recht op rectificatie en wissing en een recht op beperking van de verwerking van hun persoonsgegevens.

ART 25. KLACHTEN – OMBUDSDIENST VERZEKERINGEN

Indien de Verzekeringnemer of de Verzekerde een klacht heeft betreffende dit Verzekeringscontract of de uitvoering ervan, kan hij die overmaken aan de Maatschappij.

Indien de oplossing die de Maatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan de Ombudsdienst Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te B-1000 Brussel, www.ombudsman.as of via mail: info@ombudsman.as.

Een klacht indienen, ontnemt de Verzekeringnemer of de Verzekerde niet de mogelijkheid een rechtszaak te beginnen.

