



Collectieve ongevallenverzekering

Model CO 2025

Collectieve ongevallenverzekering

Artikel 1	Aanvullende begripsomschrijvingen	Artikel 6	De uitkeringsgerechtigde
Artikel 2	Verzekeringsgebied	Artikel 7	Wijziging van het risico
Artikel 3	Omschrijving/omvang van de dekking	Artikel 8	Duur en einde van de verzekering
Artikel 4	Verplichtingen na een ongeval	Artikel 9	Geschillen
Artikel 5	Vaststelling van uitkering bij blijvende invaliditeit		Clausule Excellent dekking

Deze voorwaarden vormen één geheel met de Algemene Voorwaarden die van toepassing zijn. De verzekering geeft dekking voor de op het polisblad of laatst afgegeven polisaanhangsel van toepassing verklaarde rubrieken.

Artikel 1 Aanvullende begripsomschrijvingen

1.1 Verzekerde

Alle vaste werknemers die voorkomen in de salarisadministratie van verzekeringnemer ongeacht waar zij woonachtig zijn.

Als verzekerden worden dus bijvoorbeeld niet aangemerkt:

- uitzendkrachten;
- oproepkrachten;
- stagiaires;
- trainees;
- vrijwilligers, en
- anderen zonder vast dienstverband.

1.2 Partner

Echtgenoot/echtgenote of degene met wie verzekerde aantoonbaar duurzaam samenwoont.

Onder duurzaam samenwonen wordt verstaan dat verzekerde met een andere persoon blijvend een gezamenlijke huishouding voert. Er is sprake van een gezamenlijke huishouding als verzekerde samen met een ander zijn hoofdverblijf in dezelfde woning heeft en financieel voor elkaar zorgt.

1.3 Kinderen

Ongehuwde kinderen van verzekerde, jonger dan 27 jaar, hetzij thuiswonend of in verband met studie uitwonend.

1.4 Bevoegd arts

Een beoefenaar van de geneeskunde, afgestudeerd aan een medische faculteit vermeld in de "Directory of Medical Schools of the World Health Organization", die in het bezit is van een vergunning van de medische autoriteiten van het land waarin zijn praktijk wordt uitgeoefend. Deze beoefenaar oefent zijn beroep uit binnen het kader van de geldende vergunning en opleiding.

1.5 Bezoeker

Andere natuurlijke personen, die zich rechtmatig, anders dan tegen betaling, bevinden op een terrein of in een gebouw dat bij de verzekeringnemer in gebruik is, en die als bezoeker van verzekeringnemer bekend zijn.

1.6 De tot uitkering gerechtigde

Degene die in geval van verwezenlijking van het risico krachtens de verzekering recht heeft op uitkering.

1.7 Ongeval

Een plotseling ongewild en rechtstreeks van buiten op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks medisch vast te stellen letsel ontstaat al dan niet de dood tot gevolg hebbend.

1.8 Onder ongeval wordt mede verstaan:

1.8.1 zonnesteek, bevriezing, verdrinking, verstikking, blikseminslag of andere elektrische ontlading, hitteberoerte en etsing door bijtende stoffen;

1.8.2 Letsel als gevolg van:

- rechtmatige zelfverdediging,
- (of een poging daartoe) van in gevaar verkerende personen, dieren of zaken.

1.8.3 De gevolgen van:

- een onjuiste medische behandeling en/of eerste hulpverlening,
- wondinfectie of bloedvergiftiging die rechtstreeks verband houden met een gedekt ongeval.

1.8.4 Zonnebrand, uitputting, verhongering en/of uitdroging als gevolg van:

- Overstroming;
- Instorting;
- Insneeuwen;
- Invriezing;
- Noodlanding;
- Schipbreuk; of

- onvrijwillige afzondering op andere wijze.

1.8.5 acute vergiftiging door het plotseling en ongewild binnenkrijgen van vaste, vloeibare en/of gasvormige stoffen, anders dan vergiftiging door gebruik van geneesmiddelen;

1.8.6 besmetting door ziektekiemen als rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of in enige andere stof dan wel als gevolg van het zich daarin begeven bij een poging tot redding van personen, dieren of zaken;

1.8.7 ontwrichting of spierscheuring, ook indien ontstaan door eigen plotselinge krachtspanning, mits aard en plaats van deze letsels medisch vast te stellen zijn;

1.8.8 miltvuur, trichofytie, ziekte van Bang, de ziekte van Lyme (Lyme-borreliose), koepokken, mond- en klauwzeer en sarcopesschurft;

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

1.8.10 postwhiplashsyndroom, waaronder wordt verstaan: lichamelijk functionele beperkingen als gevolg van een acceleratie-/deceleratietrauma van de cervicale wervelkolom;

1.8.11 lumbago (lendespit), peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), zweeps slag (coup de fouet), tennisarm (epicondylitis humeri), hernia en ingewandsbreuk, mits geopereerd;

1.8.12 een ongeval veroorzaakt door een ziekte, anders dan een geestesziekte of een psychische aandoening;

1.8.13 een geheel van klachten die zich na een commotio cerebri (hersenschudding) voordoen in minder of meer uitgesproken vorm.

1.9 Blijvende invaliditeit

Blijvend, geheel of gedeeltelijk (functie)verlies van enig deel of orgaan van het lichaam van verzekerde.

1.10 Paraplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee onderste ledematen, blaas en rectum.

1.11 Quadriplegie

De blijvende en volledige verlamming van de twee bovenste ledematen en de twee onderste ledematen.

1.12 Jaarloon

Het jaarloon is het loon voor loonbelasting en volksverzekeringen, conform kolom 14 van de loonstaat, zoals dat aan de belastingdienst is opgegeven.

Bij de berekening van een uitkering wordt het jaarloon gedefinieerd als het loon dat over een periode van twaalf maanden direct voorafgaand aan het ongeval aan de verzekerde is toegekend en aan de belastingdienst is of wordt opgegeven. Voor verzekerden die op de datum van het ongeval nog geen twaalf maanden in dienst zijn (geweest) bij de verzekeringnemer, wordt het loon op een pro rata basis herleid alsof het dienstverband wel twaalf maanden had geduurd.

1.13 Ziekenhuis

Een instelling voor medische behandeling van bedlegerige patiënten die:

- diagnostische en heelkundige voorzieningen heeft;
- 24 uur per dag verpleegkundig personeel heeft;
- onder toezicht van artsen staat en;
- geen verpleegtehuis, rusthuis, bejaardentehuis of psychiatrische instelling (ook voor gedragsstoornissen), sanatorium of kliniek voor de behandeling van alcohol- of drugsverslaafden is; zelfs wanneer dit zich op dezelfde locatie bevindt.

1.14 Duurzaam samenwonen

Artikel 2 Verzekeringsgebied

De verzekering is van kracht in de hele wereld.

Artikel 3 Omschrijving/omvang van de dekking

3.1 Recht op uitkering bij overlijden / Rubriek A

3.1.1 Als een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van het overlijden van verzekerde, wordt het bij overlijden van toepassing zijnde verzekerde bedrag uitgekeerd.

3.1.2 Een uitkering vanwege blijvende invaliditeit als gevolg van hetzelfde ongeval wordt in mindering gebracht op de bij overlijden verschuldigde uitkering. Geen terugvordering van het extra uitgekeerde bedrag zal plaatsvinden als de uitkering voor invaliditeit hoger is dan de uitkering bij overlijden.

3.2 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit / Rubriek B

3.2.1 Als een ongeval de rechtstreekse en uitsluitende oorzaak is van de blijvende invaliditeit van de verzekerde, wordt de uitkering vastgesteld zoals is aangegeven in artikel 5.

De uitkering wordt berekend op basis van de in artikel 5 genoemde percentages als percentage van het voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag.

3.2.2 Als de verzekerde - om een andere reden dan het ongeval zelf - overlijdt voordat het percentage van de uitkering is vastgesteld, blijft het recht op uitkering bestaan.

De hoogte van de uitkering wordt bepaald op basis van de definitieve graad van invaliditeit die naar verwachting zou zijn vastgesteld op grond van medische rapporten als de verzekerde niet zou zijn overleden.

3.3 Basis voor de dekking

In geval van overlijden/blijvende invaliditeit van verzekerde door een ongeval, heeft verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde, dekking op basis van het in de artikelen 3.1 en 3.2 bepaalde.

3.4 Kosten plastische chirurgie

3.4.1 Als verzekerde door een ongeval te maken heeft met blijvende misvorming of ontsiering van het lichaam, zijn meeverzekerd de kosten van een plastisch chirurgische behandeling die naar het oordeel van een plastisch chirurg een redelijke kans biedt op verbetering of herstel.

3.4.2 Per ongeval geldt een maximale vergoeding van 10% van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag, tot ten hoogste een bedrag van € 7.500.

MSIG Europe SE (de Verzekeraar) vergoedt:

- de met de operatie of poliklinische behandeling verband houdende kosten;
- voorgeschreven medicamenten;
- verband- en geneesmiddelen;
- alsmede de verpleging in het ziekenhuis;

Dit op voorwaarde dat deze operatie/ behandeling binnen twee jaar na de datum van het ongeval plaatsvindt.

3.4.3 Als verzekerde door een ongeval blijvende littekens in het gezicht heeft opgelopen, zullen de volgende percentages van het verzekerde bedrag voor blijvende invaliditeit zoals vermeld op het polisblad worden uitgekeerd:

- littekens vanaf 5 tot 10 cm: 5%;
- littekens langer dan 10 cm: 10%.

3.5 Ongevallendekking voor bezoekers

3.5.1 Deze verzekering biedt tevens dekking voor ongevallen aan bezoekers overkomen in de gebouwen of op de terreinen van verzekeringnemer met de volgende verzekerde bedragen per persoon:

- Rubriek A: € 25.000 in geval van overlijden;
- Rubriek B: € 50.000 als maximum bij algehele blijvende invaliditeit.

Onder de gebouwen en terreinen van verzekeringnemer worden verstaan de gebouwen en terreinen die bij verzekeringnemer in gebruik zijn als en dienen tot permanente inrichting voor bedrijfsuitoefening.

3.5.2 Niet tot de bezoekers worden gerekend:

- werknemers en ondergeschikten van verzekeringnemer en anderen dan verzekeringnemer die arbeid verrichten in het bedrijf of de instelling van verzekeringnemer;
- andere in het bedrijf of de instelling van verzekeringnemer werkzame personen.

3.5.3 De in artikel 3.5.1 omschreven dekking is uitsluitend van kracht als verzekeringnemer diens gehele personeelsbestand onder deze verzekering heeft verzekerd en geldt niet voor bedrijven of instellingen waarvan de bedrijfsuitoefening mede of uitsluitend is gericht op het ontvangen van bezoekers (zoals winkels, warenhuizen, attractieparken, horecabedrijven, dierentuinen, bankinstellingen, bioscopen, musea, voor publiek toegankelijke gebouwen etc.).

3.5.4 Het maximum verzekerde bedrag per gebeurtenis bedraagt ten hoogste € 500.000 voor alle bezoekers tezamen aan wie een ongeval is overkomen. Als ten tijde van een gebeurtenis het aantal aanwezige bezoekers dat een ongeval is overkomen, zo groot is dat genoemd verzekerde bedrag ontoereikend is om aan allen een volledige uitkering te doen, zullen de per persoon geldende verzekerde bedragen naar evenredigheid worden verlaagd totdat het maximum bedrag per gebeurtenis is bereikt.

3.5.5 Uitkeringen op basis van artikel 3.5 zullen aan verzekeringnemer worden uitbetaald.

3.5.6 Bezoekers die op basis van andere bepalingen al een beroep deze verzekering kunnen doen, kunnen geen beroep doen op de in dit artikel geboden dekking.

3.6 Dagvergoeding ziekenhuisopname

Als een verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt opgenomen in een ziekenhuis, zal gedurende de tijd van opname een vergoeding worden verleend van € 75 per dag. De uitkeringstermijn vangt aan op de dag waarop verzekerde in het ziekenhuis wordt opgenomen en eindigt met ingang van de dag waarop verzekerde uit het ziekenhuis wordt ontslagen. De maximale uitkeringsduur bedraagt 365 al dan niet aaneengesloten dagen.

Voor de volgende met een ongeval gelijkgestelde aandoeningen geldt een maximale uitkeringsduur van 28 aaneengesloten dagen:

- ingewandsbreuk;
- spit (lumbago);
- uitstulpingen van de tussenwervelschijf (discus prolaps en hernia nucleii pulposi).

3.7 Coma

Als een ongeval resulteert in de voortdurende bewusteloze staat van verzekerde, betaalt de Verzekeraar € 50 per opnamedag, voor een periode van maximaal 365 dagen. Deze uitkering wordt toegevoegd aan de uitkering voor ziekenhuisopname.

3.8 Paraplegie of quadriplegie

In het geval van paraplegie of quadriplegie zal de volgende uitkering worden toegevoegd aan de uitkering voor blijvende invaliditeit voor verzekerde:

- € 25.000 in geval van paraplegie;
- € 50.000 in geval van quadriplegie.

3.9 Kinderen

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden van een verzekerde als genoemd in artikel 1.1 als gevolg van een ongeval, wordt het uit te betalen bedrag verhoogd met € 5.000 per kind, tot maximaal 10% van het voor overlijden ten gevolge van een ongeval van toepassing zijnde verzekerd bedrag.

Met betrekking tot de in artikel 3.10 tot en met artikel 3.17 genoemde kosten geldt dat deze kosten uitsluitend worden betaald voor zover deze niet of niet volledig worden vergoed door een uitkeringsinstantie, een (sociale) voorziening of uit anderen hoofde.

3.10 Omscholingskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor het verlies van een ledemaat of het verlies van zicht, betaalt de Verzekeraar de redelijke kosten voor het omscholen van verzekerde tot aangepaste arbeid aan verzekeringnemer terug, tot een maximum van € 10.000.

3.11 Vervangingskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor overlijden als gevolg van een ongeval, betaalt de Verzekeraar aan verzekeringnemer de redelijke wervingskosten voor de vervanging van overledene tot een maximum van € 10.000.

3.12 Psychologische ondersteuning

In het geval een ongeval leidt tot een verwachte blijvende invaliditeit van meer dan 50%, zal de Verzekeraar de kosten dekken voor professionele psychologische ondersteuning van de verzekerde. Deze dekking geldt tot een maximum van € 5.000, op voorwaarde dat:

- de behandeling binnen drie maanden na de ongevaldatum begint;
- voorgeschreven is door een bevoegde arts; en
- verband houdt met het ongeval.

3.13 Persoonlijke bezittingen in het ziekenhuis

Als een ongeval resulteert in onmiddellijke ziekenhuisopname, betaalt de Verzekeraar de schade aan en de kosten voor verloren, beschadigde of gestolen voorwerpen en documenten die door verzekerde voor eigen gebruik zijn meegenomen tot een maximum van € 5.000.

3.14 Begrafeniskosten

In het geval dat een uitkering wordt verleend voor dood door ongeval, betaalt de Verzekeraar de redelijke begrafeniskosten en crematiekosten tot een maximum van € 7.500 per verzekerde.

3.15 Huis, werkplek en auto aanpassing

In het geval dat verzekerde lichamelijk letsel oploopt door een ongeval en als gevolg hiervan aanpassingen behoeft aan:

- huis; en/of

- werkplek; en/of

- auto,

die verzekerde op dat moment in gebruik heeft

geldt het volgende:

Als het gaat om:

- het kunnen uitvoeren van dagelijkse handelingen (zoals wassen, koken, baden en aankleden); en

- het kunnen werken; en

- het zich kunnen verplaatsen,

betaalt de Verzekeraar 80% van de aanvullende kosten voor dergelijke aanpassingen tot een maximum van € 15.000.

Deze kosten omvatten onder andere:

- de installatie van hellingen voor rolstoeltoegang;

- leidrails;

- noodalarmsystemen; en

- vergelijkbare invaliditeitshulpmiddelen.

Voorwaarde is wel dat de aanpassingen vooraf schriftelijk zijn goedgekeurd door de Verzekeraar en dat de behandelende bevoegde arts van de verzekerde hiermee akkoord gaat.

3.16 Repatriëring (terugkeer naar Nederland)

Als verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval overlijdt tijdens zijn verblijf buiten Nederland, worden boven het bij overlijden verzekerde bedrag de gemaakte kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot vergoed tot ten hoogste € 12.500.

3.17 Levensredder

Als een derde (niet zijnde verzekerde of verzekeringnemer) lichamelijk letsel oploopt, terwijl hij/zij het leven tracht te redden van verzekerde, dat binnen twee jaar resulteert in de dood of blijvende invaliditeit van deze derde, betaalt de Verzekeraar aan deze derde partij (of in geval van overlijden diens erven) op basis van een verzekerd bedrag van € 25.000. De uitkering wordt uitbetaald naast een eventuele uitkering aan verzekerde.

3.18 Partner/kind

In het geval van overlijden of blijvende invaliditeit van verzekerde als gevolg van een ongeval, zullen bij betrokkenheid van de partner en/of kind(eren) tijdens hetzelfde ongeval, de partner en/of kind(eren) voor maximaal € 25.000 per persoon per rubriek verzekerd zijn (tenzij zelfstandig verzekerd onder de polis).

3.19 Vermissing

Als verzekerde wordt vermist en het na 24 maanden redelijkerwijs valt aan te nemen dat verzekerde is overleden als gevolg van lichamelijk letsel opgelopen bij een ongeval, zal het verzekerde bedrag voor overlijden zoals vermeld op het polisblad worden uitbetaald. De tot uitkering gerechtigde dient wel een overeenkomst te ondertekenen waarin staat dat wanneer later blijkt dat verzekerde niet is overleden, elk door de Verzekeraar betaald bedrag aan de Verzekeraar zal worden terugbetaald.

3.20 HIV en Hepatitis

Als een ongeval in de zin van deze polis worden ook beschouwd prikaccidenten. Ten aanzien van deze accidenten gelden de volgende verzekerde bedragen:

- in geval van besmetting met HIV als gevolg van een prikaccident: € 25.000

- in geval van besmetting met Hepatitis B (HBV) of Hepatitis C (HCV) als gevolg van een prikaccident: € 10.000.

3.21 Molest

In afwijking van het bepaalde in artikel 16 Molest van de Algemene Voorwaarden is er wel dekking voor molest voor ongevallen verzekerden overkomen buiten Nederland. Ongevallen veroorzaakt door, optredende bij of voortvloeiende uit het gebruik van of de dreiging van het gebruik van nucleaire, biologische, en/of chemische wapens en stoffen blijven echter uitgesloten.

3.22 Uitsluitingen

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

3.22.1 ongevallen ontstaan bij het door verzekerde plegen van of deelnemen aan een misdrijf of poging daartoe, dan wel bij het deelnemen door verzekerde aan vechtpartijen anders dan bij rechtmatige zelfverdediging en aan onlusten, relletjes of sabotage- of terreurdaden;

3.22.2 ongevallen ontstaan door opzet of met goedvinden van verzekerde of de tot uitkering gerechtigde;

3.22.3 ongevallen ontstaan als gevolg van psychische aandoeningen van welke aard ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;

3.22.4 psychische aandoeningen, van welke aard dan ook, tenzij deze medisch aantoonbaar het rechtstreeks gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel;

3.22.5 ongevallen bij (een poging tot) zelfmoord.

3.23 NHT Excedent

In aanvulling op artikel 17 "Terrorisme" van de Algemene Voorwaarden en het clauseblad Terrorismedekking (NHT), geldt het volgende met betrekking tot het risico van terrorisme zoals omschreven in het clauseblad:

Indien een gebeurtenis plaatsvindt zoals beschreven in artikel 2.1 van het clauseblad en er een verschil ontstaat tussen de uitkeringen die de verzekerde kan ontvangen op grond van het clauseblad en de eventuele uitkeringen waarop de verzekerde aanspraak zou hebben gehad als het clauseblad niet van toepassing was geweest, zal de Verzekeraar een aanvullende uitkering doen ter hoogte van dit verschil.

De verzekerde of de gerechtigde tot uitkering kan pas aanspraak maken op de aanvullende uitkering nadat de NHT het definitieve uitkeringspercentage conform het Protocol afwikkeling claims NHT aan de Verzekeraar heeft medegedeeld.

Wat betreft de NHT Excedent dekking behoudt de Verzekeraar zich het recht voor om deze schriftelijk op te zeggen, op voorwaarde dat een opzegtermijn van minimaal vijftien dagen in acht wordt genomen.

Artikel 4 Verplichtingen na een ongeval

4.1 Aanmelding

4.1.1 In geval van overlijden van verzekerde is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de Verzekeraar hiervan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is in kennis te stellen en in ieder geval ten minste 36 uur vóór de begrafenis of crematie.

4.1.2 De verzekeringnemer en/of de tot uitkering gerechtigde is verplicht om de Verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is kennis te geven van een ongeval waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan.

4.2 Verplichtingen van de tot uitkering gerechtigde

In geval van overlijden van verzekerde ten gevolge van een ongeval is de tot uitkering gerechtigde verplicht desgevraagd zijn medewerking te verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

4.3 Verplichtingen van verzekerde na een ongeval

De verzekerde is na een ongeval verplicht:

4.3.1 zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, als dit redelijkerwijs is geboden;

4.3.2 alles in het werk te stellen om zijn herstel te bevorderen en ten minste de voorschriften van de behandelende arts op te volgen;

4.3.3 zich te laten onderzoeken door een door de Verzekeraar aan te wijzen arts of zich voor onderzoek te laten opnemen in een door de Verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische inrichting. De kosten van het onderzoek zijn voor rekening van de Verzekeraar;

4.3.4 tijdig de Verzekeraar in kennis te stellen bij vertrek naar het buitenland;

4.3.5 alle door de Verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de Verzekeraar of aan de door hen aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

4.4 Verplichtingen van verzekeringnemer na een ongeval

4.4.1 Verzekeringnemer is verplicht zijn volle medewerking te verlenen bij het nakomen van de in artikelen 4.1, 4.2 en 4.3 genoemde verplichtingen.

4.4.2 Voor zover de verzekerde personen niet met name worden genoemd op het polisblad of in de bijzondere voorwaarden of bijlagen, kan de Verzekeraar van verzekeringnemer verlangen aan te tonen dat een persoon voor wie uitkering wordt gevraagd, ten tijde van het ongeval deel uitmaakte van de groep verzekerden zoals omschreven op het polisblad.

Verzekeringnemer is verplicht de Verzekeraar toegang te geven tot zijn administratie.

4.4.3 Verzekeringnemer is voorts verplicht alle door de Verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken aan de Verzekeraar of aan de door haar aangewezen deskundigen en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn.

4.5 Niet-nakoming

De verzekering geeft geen dekking, als verzekeringnemer, verzekerde of de tot uitkering gerechtigde één of meer van de in artikelen 4.1 tot en met 4.4 genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de Verzekeraar heeft geschaad.

Elk recht op uitkering vervalt als verzekeringnemer, verzekerde en/of de tot uitkering gerechtigde de genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de Verzekeraar te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Artikel 5 Vaststelling van uitkering bij blijvende invaliditeit

5.1 De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, is afhankelijk van het gegeven welk lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

5.2 In de volgende gevallen, respectievelijk bij volledig (functie)verlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van het voor blijvende invaliditeit geldende verzekerde bedrag uitgekeerd:

bij verlies van ten minste één ledemaat	100%
bij volledige verlamming	100%
bij ongeneeslijke verstandverbijstering	100%
bij verlies van het spraakvermogen	100%
Bij algeheel verlies van de centrale hersenfuncties (waaronder verlies van verstandelijke vermogens)	100%
bij algeheel verlies van het visueel systeem	100%
bij algehele doofheid van beide oren	100%
bij algehele doofheid van één oor	30%
Als binnen het kader van deze overeenkomst reeds uitkering werd verleend voor algehele doofheid van één oor, wordt bij het ontstaan van algehele doofheid van het andere oor uitgekeerd	70%
bij algeheel functieverlies van: reuk, tast en/of smaak	10%
de duim	30%
de wijsvinger	20%
een andere vinger	15%
de grote teen	10%
een andere teen	5%
de bekkenring (incl. schaambeent)	15%
de long	20%
de milt	5%
de nier	20%
de onderkaak door chirurgische behandeling	30%
de wervelkolom (incl. ruggenmerg)	100%

Wanneer sprake is van gedeeltelijk (functie)verlies van één of meer hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd.

in geval van "postwhiplash syndroom" 8%

5.3 De bepaling van het percentage (functie)verlies wordt vastgesteld door een medisch onderzoek in Nederland, uitgevoerd volgens objectieve maatstaven en conform de meest recente editie van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.), aangevuld met richtlijnen van Nederlandse specialistenvereniging(en).

Bij het bepalen van het percentage (functie)verlies wordt geen rekening gehouden met mogelijke verbeteringen of verslechtingen in de toekomst.

5.4 In die gevallen die niet in artikel 5.2 worden genoemd, wordt uitgekeerd het percentage van het verzekerde bedrag dat gelijk is aan:

- de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert, of
- de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is zijn beroep uit te oefenen.

Het bepalen van de mate van ongeschiktheid om het beroep uit te oefenen, geschiedt door middel van een onderzoek door een arbeidsdeskundige die door de Verzekeraar wordt aangewezen. Deze zal diens onderzoek verrichten op basis van het door de medisch adviseur van de Verzekeraar opgesteld belastbaarheidpatroon.

Op basis van beide vorengenoemde percentages zal het hoogste bedrag worden uitgekeerd.

5.5 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld op basis van het (functie)verlies zonder rekening te houden met uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen.

Als inwendig kunst- of hulpmiddelen zijn geplaatst, wordt met het daardoor verkregen geringere (functie)verlies wel rekening gehouden.

5.6 Termijn voor de vaststelling van blijvende invaliditeit

De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld zodra er naar medisch oordeel sprake is van een onveranderlijke toestand, maar in ieder geval binnen drie jaar na de datum van het ongeval. Zodra de mate van blijvende invaliditeit is vastgesteld, zullen eventuele latere veranderingen geen recht geven op extra uitkeringen of terugvordering van eerder verstrekte uitkeringen.

5.7 Rentevergoeding

Als één jaar na melding van het ongeval bij verzekeraar de mate van blijvende invaliditeit nog niet is vastgesteld, vergoedt de Verzekeraar over het uit te keren bedrag de enkelvoudige wettelijke rente vanaf de 366e dag na melding van het ongeval. De rente zal gelijktijdig met de uitkering worden voldaan.

5.8 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand

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

5.8.2 De beperking genoemd in artikel 5.8.1 is niet van toepassing, als de bestaande ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van verzekerde het gevolg is van een vroeger ongeval, waarvoor de Verzekeraar reeds krachtens deze verzekering een uitkering heeft verstrekt of nog zal moeten verstrekken.

5.8.3 Voor zover een bestaande ziekelijke toestand door een ongeval is verergerd, zijn de gevolgen van deze verergering niet onder deze verzekering gedekt.

5.8.4 Als door een ongeval reeds bestaande blijvende invaliditeit wordt vergroot, wordt als basis voor de uitkeringen een

percentage gehanteerd ter grootte van het verschil in de mate van invaliditeit vóór en na het ongeval. De bepaling van dit percentage gebeurt met inachtneming van het bepaalde in artikel 5.

5.9 Maximum uitkeringen

5.9.1 Ter zake van blijvende invaliditeit als gevolg van één of meerdere ongevallen zal het uitkeringspercentage nooit meer dan 100% bedragen.

5.9.2 De maximum te verzekeren bedragen per verzekerde zijn

- rubriek A: € 1.000.000 in geval van overlijden

- rubriek B: € 1.000.000 in geval van blijvende invaliditeit

5.9.3 Het maximum verzekerd bedrag per gebeurtenis bedraagt € 10.000.000.

Als ten tijde van een gebeurtenis het aantal getroffen verzekerden zo groot is dat, uitgaande van dat aantal, het genoemde maximum van € 10.000.000 wordt overschreden, dan zullen de verzekerde bedragen per persoon naar verhouding worden verlaagd totdat het maximum bedrag per gebeurtenis is bereikt.

Artikel 6 De uitkeringsgerechtigde

Tenzij anders is overeengekomen vindt de uitkering plaats:

6.1 In geval van overlijden van verzekerde: aan diens partner en bij ontbreken van deze, aan de wettige erfgenamen van verzekerde en bij ontbreken daarvan aan hun rechtverkrigenden;

6.2 In geval van blijvende invaliditeit aan verzekerde. Voor minderjarige verzekerden geldt echter dat de uitkering uitsluitend zal worden verricht op een op naam van verzekerde gestelde bankrekening met de zogenaamde BEM clausule (Belegging Erfenis en andere gelden Minderjarigen).

6.3 De Staat der Nederlanden kan nooit als de uitkeringsgerechtigde optreden.

Artikel 7 Wijziging van het risico

In aanvulling op artikel 7 van de Algemene Voorwaarden wordt onder "verzwaring/toevoeging van risico's en wijziging/uitbreiding van de bedrijfsactiviteiten", tevens verstaan: wijziging van beroep, bedrijf of werkzaamheden van verzekerde en/of verzekeringnemer.

Artikel 8 Duur en einde van de verzekering

In aanvulling op het bepaalde in artikel 6 Duur en einde van de verzekering van de Algemene Voorwaarden eindigt de verzekering automatisch ten aanzien van de betrokken verzekerde:

- bij eerder overlijden verzekerde;

- bij einde dienstverband met verzekeringnemer.

Tevens behouden de Verzekeraar en verzekeringnemer beide het recht om de molestdekking, zoals beschreven in artikel 3.21 van deze Productvoorwaarden, op te zeggen in geval van een daadwerkelijk risico of dreiging daarvan, met een opzegtermijn van zeven dagen.

Artikel 9 Geschillen

In aanvulling op het bepaalde in Artikel 12 Geschillen van de Algemene Voorwaarden geldt het volgende:

9.1 Geschillen die uitsluitend betrekking hebben op de hoogte van uitkeringen en vergoedingen op grond van deze overeenkomst, worden voorgelegd aan een commissie van advies, bestaande uit drie leden. De uitspraak van deze commissie wordt door beide partijen aanvaard als bindend advies.

9.1.1 De leden van de commissie van advies worden geselecteerd uit personen die worden beschouwd als deskundigen op het gebied van het betreffende geschil. Elke partij wijst een lid aan, waarna deze twee leden gezamenlijk het derde lid benoemen. Indien zij het niet eens worden over deze benoeming, wordt het derde lid aangewezen door de Kantonrechter te Amsterdam of Rotterdam, op eenvoudig

verzoekschrift van beide partijen of de partij die het meest belang heeft bij het geschil. Deze partij dient haar wederpartij op de hoogte te stellen van het indienen van dit verzoek.

De benoeming van de leden van de commissie van advies wordt vastgelegd in een akte die door alle partijen en de leden van de commissie wordt ondertekend. Deze akte bevat tevens een beschrijving van het geschilonderwerp.

9.1.2 Elke partij is verantwoordelijk voor de kosten van het door haar aangewezen lid van de commissie. De kosten van het derde lid worden gelijkmatig verdeeld tussen beide partijen.

Het derde lid heeft de bevoegdheid om voordat de zaak wordt behandeld, van beide partijen een borgsom te eisen tot een door hem bepaald bedrag als garantie voor de betaling van zijn kosten. Het stellen van een dergelijke borgsom is verplicht voor beide partijen.

9.1.3 Als de uitkeringsgerechtigde geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, neemt de Verzekeraar de kosten van alle leden voor zijn rekening.

Artikel 10 Naverrekening

Indien de premie is gebaseerd op variabele gegevens, (zoals het jaarloon), is de verzekeringnemer verplicht om binnen zes maanden na afloop van elk verzekeringsjaar de Verzekeraar te voorzien van de benodigde gegevens om de definitieve premie te bepalen.

Als de verzekeringnemer de gevraagde gegevens niet of niet tijdig verstrekt, heeft de Verzekeraar het recht om de definitieve premie vast te stellen op basis van 150% van de laatst bekende gegevens.

Afhankelijk van het gegeven of de definitieve premie hoger of lager is dan de voorschotpremie, wordt het meerdere aan de verzekeringnemer in rekening gebracht, respectievelijk wordt het te veel betaalde aan de verzekeringnemer terugbetaald en wordt eventueel de voorschotpremie aangepast. Dit alles gebeurt uiteraard met inachtneming van eventueel geldende minimumpremies.

Clausule Excellent dekking

Deze Excellent dekking is alleen van toepassing als dit expliciet op het polisblad of het laatst afgegeven polisaanhangsel is vermeld!

Dubbele uitkering

Indien de verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval overlijdt of blijvend voor 100% invalide wordt, zal de Verzekeraar het verzekerde bedrag bij overlijden respectievelijk het verzekerde bedrag bij blijvende invaliditeit verdubbelen en uitkeren indien het ongeval het gevolg is van:

- brand in een woning;
 - enig ongeluk overkomen als passagier in een openbaar vervoermiddel, niet-zijnde luchtvaartuigen en/of vaartuigen.
- Indien er sprake is van een omstandigheid als vermeld in dit artikel, zal de Verzekeraar nooit meer uitkeren dan € 500.000,- per verzekerde.

Mocht echter een eventuele uitkering krachtens deze verzekering, zonder gebruikmaking van het vermelde in dit artikel, hoger zijn dan € 500.000,- zal de Verzekeraar dat hogere bedrag uitkeren. Dit gebeurt echter met inachtneming van de (eventuele) andere maximale uitkeringslimieten die gelden in deze verzekeringspolis. Indien er sprake is van molest, zoals omschreven in artikel 16 "Molest" in de Algemene Voorwaarden en artikel 3.21 "Molest" van de Product voorwaarden, is deze dubbele uitkering niet van toepassing.

Vervroegd pensioen

Ten aanzien van personeelsleden die gedurende het verzekeringsjaar met vervroegd pensioen gaan, biedt deze verzekering vanaf het moment dat verzekerde met vervroegd pensioen gaat, tot het einde van dat betreffende verzekeringsjaar een 24-uurs dekking tegen de navolgende verzekerde bedragen per persoon:

- € 25.000,- bij overlijden;
- € 50.000,- bij algehele blijvende invaliditeit.

Deze dekking is alleen van kracht indien uit de polis blijkt dat verzekeringnemer alle personeelsleden voorkomende in de salarisadministratie, op basis van een 24-uurs dekking, onder deze verzekering heeft verzekerd.

Inkomstenbelasting vrijgestelde uitkering

Indien een uitkering wordt verleend wegens het overlijden van een verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval, wordt naast deze uitkering, ongeacht de uitkering gerechtigde, aan verzekeringnemer een eenmalige extra uitkering toegekend. Deze extra uitkering bedraagt maximaal drie keer het bruto maandsalaris met een maximum van € 15.000,- per verzekerde, op voorwaarde dat de verzekeringnemer gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om een fiscaal vrijgestelde uitkering te verstrekken.

Catastrofe dekking

Indien als gevolg van één en hetzelfde gedekte ongeval 5 of meer directie- en/of personeelsleden gelijktijdig of binnen zes maanden na het ongeval overlijden, keert de Verzekeraar een aanvullend bedrag uit van 25% van het verzekerde bedrag voor deze verzekerden, ten behoeve van de verzekeringnemer. De aanspraken onder deze catastrofe dekking zullen nooit meer bedragen dan € 250.000,- per gebeurtenis of reeks van met elkaar verband houdende gebeurtenissen die leiden tot overvallen.

Moord of doodslag

Indien verzekerde geheel buiten zijn/haar wil slachtoffer is geworden van moord of doodslag niet-zijnde eerwraak of een afrekening in het criminele circuit, zal de Verzekeraar de in redelijkheid gemaakte kosten vergoeden voor een stille tocht of herdenkingsdienst.

Deze kosten zullen worden vergoed aan verzekeringnemer met een maximum van € 5.000,-.

Kosten executeur

Indien er een uitkering wordt verleend voor overlijden als gevolg van een gedekt ongeval zal de Verzekeraar maximaal € 2.000,- vergoeden voor de diensten van een executeur. Uitkering gerechtigde(n) is/zijn verplicht om gespecificeerde rekeningen van de executeur aan de Verzekeraar te tonen.

Zelfmoord

Indien een verzekerde overlijdt ten gevolge van zelfmoord, keert de Verzekeraar 10% van het verzekerde bedrag bij overlijden uit met een maximum van € 10.000,-... Artikel 3.22.1 van de Product voorwaarden blijft onverminderd van kracht.

Tevens bestaat geen recht op uitkering indien sprake is van zelfdoding die onder de "Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding" valt.

Reputatieschade

Indien een verzekerde overlijdt of blijvend invalide wordt ten gevolge van een gedekt ongeval welke plaats vindt in het gebouw en/of op het terrein van verzekeringnemer, dan vergoedt de Verzekeraar maximaal € 10.000,- aan gemaakte pr- en mediakosten om de reputatie van verzekeringnemer veilig te stellen.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de kosten worden gemaakt binnen 15 dagen na het ontstaan van het ongeval en de Verzekeraar vooraf (schriftelijke) toestemming heeft gegeven en deze kosten aantoonbaar niet of niet volledig elders zijn verzekerd en er geen sprake is van verwijtbaar handelen of grove nalatigheid van verzekeringnemer.

Terugzendkosten persoonlijke bezittingen

Indien een verzekerde ten gevolge van een gedekt ongeval in het buitenland overlijdt of langer dan 72 uur in een ziekenhuis is opgenomen, vergoedt de Verzekeraar de noodzakelijke kosten van verzending van de persoonlijke en zakelijke bezittingen welke

verzekerde bij zich had, tot een maximum bedrag van € 1.500,-. Voorwaarde is wel dat deze kosten niet of niet volledig worden vergoed door een andere verzekering.

Verhoogde uitkering blijvende invaliditeit

Indien een verzekerde een ongeval is overkomen:

- tijdens werkzaamheden in opdracht van verzekeringnemer; of
- tijdens het komen en gaan van/naar de plek waar de werkzaamheden worden/zouden worden uitgevoerd;

resultierend in een blijvende invaliditeit van meer dan 25% en waarvoor terecht een claim is ingediend onder deze verzekering, zal het uit te keren bedrag voor blijvende invaliditeit worden verhoogd met 25%. Deze verhoging geldt alleen voor de rubriek blijvende invaliditeit en zal de maxima die in de polis zijn vermeld voor individuen en gebeurtenissen nooit overschrijden. Verzekeringnemer is verplicht in geval van schade het bewijs te leveren, dat getroffen op het moment van het ongeval werkzaamheden voor verzekeringnemer verrichtte of zou gaan verrichten.

Met betrekking tot de hieronder genoemde kosten geldt dat deze kosten uitsluitend worden betaald voor zover deze niet of niet volledig worden vergoed door een uitkeringsinstantie, een (sociale) voorziening of uit andere hoofde.

Secundaire medische kosten ten gevolge van agressie

Indien een verzekerde slachtoffer wordt van niet door verzekerde uitgelokt geweld door derden, als direct gevolg van de werkzaamheden die de verzekerde uitvoert in zijn/haar functie, vergoedt de Verzekeraar maximaal € 500,- aan medische kosten. Deze vergoeding geldt alleen voor kosten die niet gedekt zijn door de primaire zorgverzekering of andere voorzieningen, of voor kosten die niet worden vergoed vanwege een vrijwillig eigen risico of een vergoedingslimiet onder de primaire zorgverzekering.

Als voorwaarde voor een vergoeding krachtens dit artikel geldt, dat de verzekerde rechten kan ontlenen aan een in Nederland gesloten primaire zorgverzekering.

Tandheelkundige kosten

Indien ten gevolge van een gedekt ongeval schade ontstaat aan drie of meer natuurlijke blijvende gebitselementen, vergoedt de Verzekeraar de kosten van herstel tot maximaal € 5.000,- per ongeval aan verzekerde.

Verhuiskosten

Indien een verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval blijvend invalide wordt, vergoedt de Verzekeraar de noodzakelijke verhuiskosten als direct gevolg van de blijvende invaliditeit. Ten aanzien van artikel 3.15 van de Product voorwaarden en onderhavige clausule tezamen vergoedt de Verzekeraar maximaal € 5.000,-. Voorafgaande schriftelijke instemming van de Verzekeraar alsmede instemming van de behandelend arts zijn noodzakelijk.

Reiskosten

Indien een uitkering wordt verleend voor het volledige verlies van een ledemaat of volledig verlies van het visueel systeem als gevolg van een gedekt ongeval, vergoedt de Verzekeraar de in redelijkheid gemaakte reiskosten, zoals vervoer middels taxi of chauffeur. Het betreft het rechtstreeks reizen van en naar de werklocatie, het ziekenhuis of andere medische instelling waar verzekerde de noodzakelijke behandelingen dient te ondergaan voor het blijvende letsel als gevolg van het ongeval. Ook gedekt zijn de in redelijkheid gemaakte reiskosten voor rechtstreeks reizen van of naar het ziekenhuis door de partner en/of kinderen van verzekerde. De vergoeding wordt voor een maximale duur van 104 weken verleend.

De Verzekeraar vergoedt maximaal:

- € 50,- per week aan verzekerde(n) met een maximum van € 7.500,- per ongeval;
- € 50,- per week aan de partner en/of kinderen van de verzekerde met een maximum van € 1.500,- per ongeval.

Gezinshulp

Indien er sprake is van meer dan 50% blijvende invaliditeit als gevolg van een gedekt ongeval, zal de Verzekeraar, indien noodzakelijk, een bedrag vergoeden tot maximaal € 5.000,- voor een door de overheid erkende gezinshulp in het huishouden van verzekerde, gedurende een maximale duur van 104 weken vanaf de ongevalsdatum.

Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de Verzekeraar vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven ten aanzien van het maken van deze kosten.

Prematuur overlijden ongeborn kind

Indien een zwangere verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval haar ongeborn kind van 24 weken of ouder verliest, zal de Verzekeraar de kosten vergoeden van een uitvaart van het prematuur overleden kind en/of de kosten van de reeds aangekochte babyspullen.

Deze kosten zullen worden vergoed aan verzekerde met een maximum van € 7.500,-.

Bijzondere bepaling

Ten aanzien van alle hierboven in deze clausule vermelde dekkingen wordt bepaald dat deze dekkingen uitsluitend van kracht zijn ten aanzien van vaste personeelsleden (en DGA's) voorkomende in de salarisadministratie van verzekeringnemer.

Uitzend-, oproepkrachten, stagiaires, trainees en vrijwilligers, en andere ondergeschikten van verzekeringnemer niet in vaste dienst

De hierboven genoemde personen zijn meeverzekerd conform het hieronder vermelde:

- de verzekering dekt uitsluitend ongevallen welke de verzekerde zijn overkomen tijdens het verrichten van werkzaamheden in opdracht van verzekeringnemer;
- De dekking begint op het moment dat de verzekerde zijn woning of verblijf verlaat om zich rechtstreeks en via de kortste route naar de werkplek te begeven waar de geplande werkzaamheden worden uitgevoerd. De dekking eindigt, zodra de verzekerde zijn woning of verblijfplaats wederom rechtstreeks en langs de kortste weg heeft bereikt na afloop van de werkzaamheden;
- verzekeringnemer is verplicht in geval van een ongeval het bewijs te leveren, dat getroffen op het moment van het ongeval de (beroeps)-werkzaamheden verrichtte/zou gaan verrichten;
- Deze dekking is geldig voor maximaal 5 personen die op enig moment werkzaamheden uitvoeren in opdracht van de verzekeringnemer. Deze personen moeten zijn opgenomen in een speciale administratie die hiervoor is opgesteld;
- de verzekerde bedragen per persoon zijn vastgesteld op € 25.000,- in geval van overlijden, resp. € 50.000,- in geval van algehele blijvende invaliditeit;
- Als er tegelijkertijd meer dan de maximaal toegestane 5 personen aanwezig zijn, kunnen deze extra personen tegen een aanvullende premie worden meeverzekerd, wat wordt genoteerd op de polis. Als er geen vermelding op de polis staat, zullen in geval van schade de verzekerde bedragen per persoon proportioneel worden verminderd.



MSIG
EUROPE

Collectieve ongevallenverzekering

Model CO 2025

MSIG Europe SE - Bijkantoor Nederland
Van Heuven Goedhartlaan 939, Amstelveen
Postbus 2190, 1180 ED Amstelveen
Tel. +31(0)20 503 1100 - [msig-europe.nl](https://www.msig-europe.nl)

Handelsregister 64815323 - BTW NL8558.65.817.B.01
Bank (EUR): IBAN NL76ABNA0636720675 BIC ABNANL2A
Hoofdkantoor: MSIG Europe SE, Koning Albert II-laan 37, 1030 Brussel, België

Versie 18032025