

Verzekering Arbeidsongeschiktheid (beroepsgebonden) Algemene Voorwaarden

0096-B0913L0000.01-19012013

Uw veiligheid, onze zorg.

www.baloise.be

Inhoud

Uw polis bestaat uit deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden waarin u informatie terugvindt over de onderschreven waarborgen. Deze documenten vormen een geheel en moeten samen worden gelezen.

1. Inleiding	3	9. Vaststelling en wijziging van de arbeidsongeschiktheidsgraad	8
2. De waarborgen	3	10. Medische controle	8
2.1. De dekking		11. Medische betwisting	9
2.2. Verschillende formules		12. Wijziging van het risico	9
2.3. Eigenrisicotermijn		13. Afstand van verhaal	9
3. De verzekerde prestatie	4	14. Aanpassing van de polisvoorwaarden en de premies	9
3.1. De verzekerde prestatie		15. Mededelingen	9
3.2. Recht op uitkering		16. Recht op individuele voortzetting van een beroepsgebonden verzekering	10
3.3. Soorten arbeidsongeschiktheidsrente		16.1. Principe	
3.4. Uitbreiding GI +5		16.2. Procedure bij verlies van het voordeel van deze verzekering	
4. Aanvang en einde van de polis	5	16.3 Voorfinanciering van de individuele voortzetting van deze verzekering	
5. Wederinvoegstelling	6	17. Toepasselijk recht	10
6. De waarborgbeperkingen	6		
6.1. Uitgesloten risico's			
6.2. Beperkte dekking			
6.3. Bijzondere risico's			
7. Schade veroorzaakt door terrorisme	8		
8. Formaliteiten bij aangifte van een schadegeval	8		

1. Inleiding

In deze Algemene Voorwaarden verstaan we onder:

De verzekeringnemer: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die de polis onderschrijft, in deze Algemene Voorwaarden ook 'u' genoemd.

De verzekerde: de natuurlijke persoon op wiens hoofd de verzekering rust, zijn arbeidsongeschiktheidsrisico wordt verzekerd. In een Verzekering Arbeidsongeschiktheid die beroepsgebonden is, kunnen meerdere verzekerden aangesloten worden.

De begunstigde: de natuurlijke persoon aan wie de bedongen prestaties zullen worden toegekend.

De maatschappij, wij, ons: Baloise Belgium nv, City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, België met ondernemingsnummer RPR Antwerpen 0400.048.883, met handelsnaam Baloise Insurance.

Beroepsgebonden verzekering: deze Algemene Voorwaarden hebben betrekking op een beroepsgebonden verzekering wat betekent dat de verzekering wordt afgesloten door een verzekeringnemer in het voordeel van een of meerdere personen die op het ogenblik van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Bij een niet-beroepsgebonden verzekering is deze beroepsmatige band tussen verzekeringnemer en diegene in wiens voordeel de verzekering gesloten wordt niet aanwezig.

Bijzondere Voorwaarden: de Overeenkomst Arbeidsongeschiktheid.

2. De waarborgen

2.1. De dekking

Deze polis heeft tot doel om een verlies aan beroepsinkomen te vergoeden en is derhalve een individuele of collectieve toezegging die wordt bedoeld door art. 52, 3^o, b, 4e streepje van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen en is een aanvulling van de wettelijke uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid door arbeidsongeval, of ongeval ofwel beroepsziekte of ziekte.

De dekking houdt in dat indien de verzekerde als gevolg van een gedekt risico een arbeidsongeschiktheid oploopt, wij ons verbinden om, volgens de bepalingen van de Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden, aan de begunstigde, na het verstrijken van de eigenrisicotermijn, de verzekerde prestaties uit te keren.

Arbeidsongeschiktheid wordt gedefinieerd als een vermindering van de fysieke of psychische integriteit ten gevolge van een ziekte of ongeval waardoor de geschiktheid van de verzekerde vermindert om zijn beroepsactiviteiten uit te oefenen.

De vermindering van de fysieke of psychische integriteit geeft aanleiding tot een fysiologische invaliditeit waarvan de graad wordt bepaald bij medische beslissing, gesteund op de 'Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de Graad van Invaliditeit'. De fysiologische invaliditeit wordt als basis genomen voor het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsgraad. Voor het berekenen van onze prestatie is de arbeidsongeschiktheidsgraad minimaal gelijk aan de fysiologische invaliditeitsgraad. Dit doet geen afbreuk aan het feit dat deze polis als doel heeft het inkomensverlies te vergoeden dat veroorzaakt wordt door de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.

Bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheidsgraad wordt naast de gedeeltelijke of volledige onmogelijkheid waarin de verzekerde zich blijvend of tijdelijk bevindt om zijn beroep uit te oefenen ook rekening gehouden met zijn herscholingsmogelijkheden en zijn aanpassingsmogelijkheden aan een ander beroep, waarbij zijn kennis, zijn aanleg en zijn sociale situatie in aanmerking worden genomen en waarbij geen rekening wordt gehouden met andere economische criteria.

2.2. Verschillende formules

Afhankelijk van de vermelding in de Bijzondere Voorwaarden wordt de waarborg verleend volgens een van volgende formules:

- dekking bij arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte of een ongeval;
- dekking bij arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte of een ongeval in het privéleven;
- dekking bij arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte.

Wat verstaan wij onder ongeval?

Een ongeval is een plots voorval waarvan de oorzaak of een van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt en dat een lichamelijk letsel tot gevolg heeft.

Met ongeval worden gelijkgesteld:

- gezondheidsaandoeningen die het rechtstreekse en uitsluitende gevolg zijn van een gedekt ongeval;
- onopzettelijke inhalatie van gassen en dampen, de onopzettelijke inname van niet daartoe bestemde giftige of bijtende producten;
- onopzettelijke verdrinking;

- ontwrichtingen, verwringingen, spierverrekkingen of -scheuringen, veroorzaakt door een plotse krachtinspanning;
- zonnesteken, bevriezing of bloedaandrag als zij het gevolg zijn van een gedekt ongeval;
- blikseminslag;
- steken van insecten en beten van dieren;
- een bloedvergiftiging die het rechtstreekse gevolg is van een uitwendige verwonding.

Een ongeval privéleven is een ongeval dat zich niet tijdens of door de beroepsactiviteit van de verzekerde voordoet en dat niet onder de toepassing van de arbeidsongevallenwetgeving valt. De ongevallen overkomen op de weg van en naar het werk vallen onder de toepassing van de arbeidsongevallenwet.

Wat verstaan wij onder ziekte?

Een ziekte is een aantasting van de gezondheid van de verzekerde die wordt vastgesteld door een geneesheer en die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval. Met ziekte worden ook de pathologische verwickelingen als gevolg van zwangerschap en bevalling gelijkgesteld. De periode van wettelijke of reglementaire moederschapsrust wordt niet gelijkgesteld met een arbeidsongeschiktheidsperiode die voortvloeit uit ziekte.

2.3. Eigenrisicotermijn

De eigenrisicotermijn is de in de Bijzondere Voorwaarden voorziene termijn waarbinnen, na het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid, geen uitkering voorzien is.

Indien de arbeidsongeschiktheidsgraad 25 % of meer bedraagt, gaat de eigenrisicotermijn in op de datum die als aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid wordt aangegeven door de geneesheer van de verzekerde en die ook bevestigd wordt als aanvangsdatum door onze raadgevende geneesheer.

Indien een 'eigenrisicotermijn met afkoop' voorzien wordt, zal bij een verzekerde arbeidsongeschiktheid, na het verstrijken van de eigenrisicotermijn de uit te keren prestatie retroactief vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid worden toegekend.

Indien de bedongen eigenrisicotermijn korter is dan 12 maanden wordt deze vanaf de leeftijd van 60 jaar op 12 maanden gebracht voor arbeidsongeschiktheid die door ziekte wordt veroorzaakt.

Er wordt geen nieuwe eigenrisicotermijn toegepast indien de verzekerde binnen 3 maanden die volgen op het einde van een door deze verzekering gewaarborgde arbeidsongeschiktheid getroffen wordt door een medisch vastgesteld herval dat veroorzaakt wordt door dezelfde ziekte of door hetzelfde ongeval als de vorige arbeidsongeschiktheid en dat een arbeidsongeschiktheidsgraad van minstens 25 % inhoudt.

3. De verzekerde prestatie

3.1. De verzekerde prestatie

De verzekerde prestatie bestaat uit de toekenning van een jaarlijkse rente die is vastgelegd in de Bijzondere Voorwaarden en de terugbetaling van de premie van deze polis. Onder premie verstaan wij de betaalde premie verminderd met de eventuele premietaks.

3.2. Recht op uitkering

Het recht op uitkering van de verzekerde prestatie ontstaat indien bij de verzekerde een arbeidsongeschiktheidsgraad wordt vastgesteld van ten minste 25 % en de eigenrisicotermijn verstreken is.

De arbeidsongeschiktheid is volledig indien de arbeidsongeschiktheidsgraad gelijk is aan of hoger ligt dan 67 %. Het bedrag van de uit te keren prestatie is dan gelijk aan de verzekerde jaarlijkse rente, verhoogd met het bedrag van de premie.

Indien de arbeidsongeschiktheidsgraad lager is dan 67 % en toch minstens 25 % bedraagt, spreken we over gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Het bedrag van de uit te keren prestatie wordt dan bekomen door het percentage van de arbeidsongeschiktheidsgraad zowel toe te passen op de verzekerde jaarlijkse rente als op het bedrag van de premie.

De uit te keren prestatie wordt onder de vorm van maandelijks betalingen toegekend in functie van het aantal dagen arbeidsongeschiktheid en van de arbeidsongeschiktheidsgraad. De eerste uitkering is verschuldigd op het einde van de maand die volgt op het verstrijken van de eigenrisicotermijn.

Het recht op uitkering van de prestatie vervalt:

- wanneer de arbeidsongeschiktheidsgraad tot minder dan 25 % terugvalt;
- bij het overlijden van de verzekerde;
- op de eindleeftijd of eindvervaldag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

3.3. Soorten arbeidsongeschiktheidsrente

Het soort rente dat u gekozen hebt, vindt u terug in de Bijzondere Voorwaarden. Er kan een constante rente, een toenemende rente of een optimaal toenemende rente worden onderschreven.

Constante rente

De verzekerde rente blijft tijdens de periode van schade-uitkering gelijk aan het rentebedrag waarvoor premie wordt gerekend op het ogenblik dat de arbeidsongeschiktheidsgraad wordt vastgesteld.

Toenemende rente

Tijdens de periode van schade-uitkering verhoogt de uit te keren rente jaarlijks volgens een meetkundige reeks met een in de Bijzondere Voorwaarden vastgelegd percentage en dit voor de eerste maal één jaar na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid die recht geeft op vergoeding. Bij het beëindigen van de periode van arbeidsongeschiktheid, na stopzetting van de prestatie, wordt het bedrag van de verzekerde rente teruggebracht naar het bedrag van de contractueel voorziene rente.

Optimaal toenemende rente

Zowel de verzekerde rente als de verschuldigde premie verhogen jaarlijks op de hoofdvervaldag van de polis volgens een rekenkundige reeks met een in de Bijzondere Voorwaarden vastgelegd percentage en dit gedurende de hele duurtijd van de polis, onafhankelijk van het feit of er zich al dan niet een arbeidsongeschiktheid voordoet.

3.4. Uitbreiding GI+5

Indien de 'Uitbreiding GI+5' werd onderschreven, wordt, voor polissen waarvan de eindvervaldag valt in de periode vanaf 55 jaar tot en met 60 jaar, het recht op uitkering van de jaarlijkse rente verlengd tot 5 jaar na de einddatum van de polis voor door de maatschappij erkende schadegevallen die zich voordoen vóór die einddatum en ook vóór deze datum worden aangegeven bij de maatschappij.

4. Aanvang en einde van de polis

Deze polis wordt afgesloten voor de duur van 1 jaar dat begint op de aanvangsdatum. Op het einde van ieder verzekeringsjaar wordt de polis stilzwijgend hernieuwd voor de duur van 1 jaar. Voor een polis met een bepaalde duur wordt deze stilzwijgende jaarlijkse hernieuwing maximaal doorgevoerd tot de in de Bijzondere Voorwaarden voorziene einddatum.

Deze polis wordt beëindigd:

- op de eindvervaldag;
- na opzegging door de verzekeringnemer;
- na opzegging door ons;
- bij het overlijden van de verzekerde indien er slechts één verzekerde is;
- indien de verzekeringnemer ophoudt te bestaan zonder dat zijn verplichtingen worden overgenomen door een derde;
- bij bedrog of poging tot bedrog door de verzekeringnemer.

De opzegging moet gebeuren via aangetekende brief die door de partij die opzegt, moet verstuurd worden ten minste 3 maanden vóór de jaarlijkse premievervaldag.

De waarborgen gaan in vanaf de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, maar niet vooraleer de eerste premie is betaald. De waarborgen gelden over de hele wereld, voor zover de verzekerde zijn gewone verblijfplaats in België heeft en medische controle door ons mogelijk maakt zonder dat wij daarvoor bijkomende kosten moeten maken.

Bij niet-betaling van een premie kunnen wij de waarborgen schorsen of de verzekering opzeggen. Hiervoor stellen wij de verzekeringnemer per aangetekende brief in gebreke. In deze brief herinneren wij hem aan de vervaldag van de premie en wijzen wij hem op de gevolgen van de niet-betaling van de premie. De schorsing van de waarborgen of de opzegging van de verzekering gaat onmiddellijk in indien de premie binnen een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de verzendingsdatum van de aangetekende brief, niet betaald is. Nieuwe schadegevallen zijn dan niet meer verzekerd.

Indien de waarborgen geschorst zijn, kan daaraan een einde gemaakt worden indien de verzekeringnemer de achterstallige premies, vermeerderd met de eventuele verwijlinteressen, betaalt.

Tijdens de schorsingsperiode hebben wij het recht om de polis op te zeggen. Indien we ons dat recht in de ingebrekestelling hebben voorbehouden, gaat de opzegging ten vroegste in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. Indien we ons dat recht niet hebben voorbehouden in de ingebrekestelling zal de eventuele opzegging gebeuren via een nieuwe aangetekende brief.

Deze polis is nietig wanneer u of de verzekerde ons misleidt bij de beoordeling van het risico door het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens. Alle premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop wij kennis krijgen van de bedrieglijke verzwijging komen ons toe. Ook de eventueel in die periode ten onrechte uitgekeerde prestaties naar aanleiding van een schadegeval moeten worden terugbetaald.

Bij het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens blijft de polis gedurende de ganse looptijd betwistbaar. Dit betekent dat wij dan binnen de maand vanaf het ogenblik waarop wij kennis hebben gekregen van het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens, voorstellen de polis te wijzigen met uitwerking op de dag waarop wij kennis hebben gekregen van het verzwijgen of onjuist meedelen.

Indien het voorstel tot wijziging wordt geweigerd of indien dit voorstel niet wordt aanvaard binnen de maand vanaf de ontvangst van het voorstel, kunnen wij de polis opzeggen binnen 15 dagen.

Indien wij, op basis van de juiste gegevens, het risico nooit zouden hebben verzekerd, kunnen wij de polis opzeggen binnen de maand vanaf het ogenblik waarop wij kennis hebben gekregen van het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens.

Indien meerdere verzekerden zijn opgenomen wordt de polis niet opgezegd, enkel de dekking voor de betrokken verzekerden zal beëindigd worden.

Bij voortijdige beëindiging van de polis wordt, voor schadegevallen die aangegeven en door ons erkend werden vóór de datum van beëindiging, de uitkering van de lopende rente voortgezet rekening houdend met de bepalingen van deze Algemene Voorwaarden.

5. Wederinvvoegstelling

Binnen een termijn van 6 maanden kan een polis die verbroken is opnieuw in voege gesteld worden, mits betaling van de achterstallige premies. Wij behouden ons nochtans het recht voor om de wederinvvoegstelling afhankelijk te maken van de gunstige uitslag van een medisch onderzoek. Ongevallen, ziekten of aandoeningen die zich voordoen of aan het licht komen tijdens de periode tussen de datum van verbreking en de wederinvvoegstelling, zijn niet in de waarborg begrepen.

6. De waarborgbepalingen

6.1. Uitgesloten risico's

Wij verlenen onze dekking niet bij een arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van:

- een voorafbestaande toestand, dat wil zeggen een vermindering van de fysieke of psychische integriteit ten gevolge van een ongeval, een ziekte of een aandoening die zich heeft voorgedaan vóór de aanvangsdatum of waarvan de oorzaak vóór die datum ligt en/of waarvan de eerste symptomen zich hebben voorgedaan vóór die datum en waarvan de verzekerde geen melding heeft gemaakt op de gangbare formulieren bij de aansluiting. Voor een eventuele verhoging of uitbreiding van de waarborgen, is de waarborg niet verworven wanneer een arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ziekte, een ongeval of een aandoening die zich heeft voorgedaan vóór de aanvangsdatum van die verhoging of waarborguitbreiding of waarvan de oorzaak vóór die datum ligt en/of waarvan de eerste symptomen zich hebben voorgedaan vóór die datum en waarvan de verzekerde geen melding heeft gemaakt bij de verhoging of waarborguitbreiding op de gangbare formulieren die gebruikt worden om verhogingen of waarborguitbreidingen aan de polis door te voeren.

Voor een polis die een collectieve toezegging arbeidsongeschiktheid verzekert, wijken we af van dit principe. Indien in een dergelijke verzekering de verzekerde rente bij de aansluiting van de verzekerde groter is dan het medisch grensbedrag of door een verhoging groter wordt dan het medisch grensbedrag, worden voor het rentegedeelte dat dit medisch grensbedrag overschrijdt, de hierboven gedefinieerde voorafbestaande toestanden niet gedekt gedurende 2 jaar na de aansluiting van de verzekerde of gedurende 2 jaar na de verhoging van de rente. Het medisch grensbedrag is het maximale rentebedrag dat verzekerd kan worden zonder medische acceptatie;

- een poging tot zelfmoord van de verzekerde;
- een opzettelijke daad van de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- een weddenschap of uitdaging;
- de vrijwillige deelname door de verzekerde aan een misdaad, wanbedrijf of vechtpartij tenzij in het geval van wettige zelfverdediging;
- arbeidsconflicten, stakingen, lock-outs of oproer tenzij de verzekerde bewijst dat er geen verband bestaat tussen deze gebeurtenissen en de ongeschiktheid of indien de verzekerde bewijst dat hij niet actief deelnam of enkel optrad als lid van de ordestrijdkrachten of om zichzelf of zijn goederen te beveiligen;

- oorlog of gelijkaardige feiten en burgeroorlog. Deze risico's zijn wel gedekt tijdens het verblijf van de verzekerde in het buitenland indien:
 - een conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde en hij bewijst dat hij niet actief deelnam;
 - de verzekerde vertrekt naar een land in staat van oorlog of burgeroorlog en wij hiervan vóór het vertrek op de hoogte werden gebracht en schriftelijk ons akkoord voor vertrek hebben gegeven en indien de verzekerde bewijst dat hij niet actief deelnam;
- de overmatige inname van alcohol, toxicomanie, het overmatige gebruik van geneesmiddelen of van iedere andere drug, verdovend middel of psychoactieve substantie die niet om medische redenen werd voorgeschreven;
- ongevallen overkomen in staat van alcoholintoxicatie van de verzekerde met meer dan 1,5 pro mille in het bloed of in een gelijkaardige toestand die het gevolg is van het gebruik van producten andere dan alcoholische dranken behalve wanneer de verzekerde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de hiervoor beschreven staat of toestand en het ongeval of de ziekte;
- atoomkernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen, behalve bij medisch vereiste bestralingen;
- schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- geestesziekten, geestesstoornissen of psychische aandoeningen en hun gevolgen;
- vruchtbaarheidsbehandelingen, contraceptieve behandelingen, sterilisatie en kunstmatige inseminatie;
- esthetische behandelingen of ingrepen tenzij het reconstructiechirurgie betreft van een letsel opgelopen bij een gedekt schadegeval.

6.2. Beperkte dekking

Is gedekt, de ongeschiktheid die het gevolg is van:

- een burn-out;
- fibromyalgie en de ermee gepaard gaande aandoeningen;
- het chronisch vermoeidheidssyndroom;
- psychiatrische complicaties van somatische ziekten;
- functionele psychische stoornissen en hun gevolgen die niet rechtstreeks objectiveerbaar zijn via organische repercussies.

De verzekerde prestatie voor de arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van een van deze aandoeningen wordt toegekend na het verstrijken van een eigenrisicotermijn van 1 jaar. De totale uitkeringsperiode wordt voor al deze aandoeningen samen beperkt tot maximaal 2 jaar gedurende de volledige looptijd van de polis.

6.3. Bijzondere risico's

De hieronder vermelde activiteiten en sporten zijn uitgesloten risico's:

- afdalen in putten, mijnen en steengroeven;
- onderwaterwerkzaamheden;
- werken aan hoogspanningsinstallaties;
- werken op een hoogte van meer dan 4 meter;
- fabricage, gebruik en behandeling van springstof;
- beroepswerkzaamheden van de lucht- en zeevaart;
- acrobatie en temmen van dieren;
- gebruik van en de blootstelling aan X-stralen of radio-isotopen;
- brandweerman;
- gebruik als bestuurder of passagier van quads en van twee- of driewielige gemotoriseerde voertuigen met een motorinhoud van meer dan 49 cc;
- deelname aan of het trainen voor snelheidswedstrijden en snelheidsproeven, ook bij weddenschappen en uitdagingen;
- beroepsmatig of semiberoepsmatig beoefenen van sport;
- gemotoriseerde sporten te land, te water en in de lucht;
- elke sport die beoefend wordt in competitieverband met dieren en vaartuigen;

- skispringen, bobsleeën, skeleton, alpinisme, speleologie, onderwatersport, rafting, zweefvliegen, deltaplane, valschermspringen, parasailing, gevechts- en verdedigingssporten, elastiekspringen, wintersport in competitieverband, jacht.

Wij verlenen wel dekking voor deze bijzondere risico's tijdens het uitoefenen ervan indien dit uitdrukkelijk in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld.

7. Schade veroorzaakt door terrorisme

Schade die veroorzaakt wordt door terrorisme is verzekerd overeenkomstig de Wet van 1 april 2007. Wij zijn hiervoor toegetreden tot de vzw TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). In het kader van deze wet werd een Comité opgericht dat bevoegd is voor de erkenning van de schadegevallen en de vaststelling van de uit te keren schadebedragen.

Voor het geheel van onze verbintenissen aangegaan ten opzichte van al onze verzekerden dekken wij, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, gezamenlijk met alle andere maatschappijen die lid zijn van de vzw TRIP en met de Belgische staat de door het Comité per kalenderjaar erkende schadegevallen tot een bedrag van 1 miljard euro. Dit bedrag wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan het indexcijfer der consumptieprijzen met als basis het indexcijfer van december 2005.

8. Formaliteiten bij aangifte van een schadegeval

Een schadegeval dat van aard is een arbeidsongeschiktheid te veroorzaken waardoor het recht op uitkeringen ontstaat, moet aan ons schriftelijk via het aangifteformulier dat wij hiervoor ter beschikking stellen, aangegeven worden binnen 15 dagen te rekenen vanaf de datum van het ongeval of vanaf de datum waarop de ziekte vastgesteld werd. Indien bij laattijdige aangifte niet kan worden aangetoond dat de aangifte ingediend werd zo snel dit redelijkerwijze mogelijk was, zal die aangifte worden geweigerd of zullen wij onze prestaties ervoor aanpassen in functie van het door ons geleden nadeel.

De aangifte moet vergezeld zijn van een medisch attest, met vermelding van:

- de datum van aanvang en oorzaak van de arbeidsongeschiktheid;
- de aard van de aandoening;
- de vermoedelijke duur en graad van de arbeidsongeschiktheid;
- in voorkomend geval de omstandigheden van het ongeval.

9. Vaststelling en wijziging van de arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsgraad zal door onze raadgevende geneesheer bepaald worden op basis van de bezorgde documenten, op grond van de Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden en, zo nodig, na medisch onderzoek. De bekomen arbeidsongeschiktheidsgraad wordt verminderd met de arbeidsongeschiktheidsgraad die ontstaat als gevolg van een uitgesloten risico.

Iedere wijziging in de gezondheidstoestand die een verandering van de arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft of tot gevolg zou kunnen hebben, moet door de verzekerde binnen 15 dagen aan de maatschappij worden gemeld. Indien gezondheidswijzigingen die een vermindering van de arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben niet of niet tijdig worden gemeld, kan de maatschappij elk ten onrechte uitgekeerd bedrag, samen met de wettelijke interesten, terugvorderen of inhouden op latere uitkeringen.

Indien de verzekerde niet akkoord gaat met de beslissing van onze raadgevende geneesheer moet hij ons dat melden binnen 30 dagen nadat wij hem de beslissing aangaande de arbeidsongeschiktheidsgraad hebben meegedeeld.

10. Medische controle

Tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid hebben wij het recht om de gezondheidstoestand van de verzekerde op ieder ogenblik te controleren. Indien deze controle onmogelijk wordt gemaakt door de verzekerde, mogen wij onze waarborg weigeren. De verzekerde machtigt iedere geneesheer die hem zorgen verstrekt of heeft verstrekt om aan onze raadgevende geneesheer alle inlichtingen mee te delen die deze laatste nuttig acht.

Alle maatregelen die noodzakelijk zijn om de genezing te bespoedigen, moeten zo snel mogelijk genomen worden en iedere voorgeschreven medische behandeling moet strikt worden gevolgd. Indien de verzekerde een door zijn geneesheer opgelegde en door de medische wetenschap erkende en als passend gekwalificeerde behandeling niet volgt, kunnen wij onze tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren of stopzetten.

Indien valse verklaringen worden afgelegd of valse attesten worden voorgelegd of indien bepaalde feiten en omstandigheden opzettelijk voor de maatschappij worden verzwegen, kan zij haar tussenkomst weigeren of stopzetten en de ten onrechte uitgekeerde bedragen, samen met de wettelijke interesten, terugvorderen.

11. Medische betwisting

Bij geschillen van medische aard kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg beslissen dit geschil te regelen via een minnelijke medische expertise, geleid door 2 geneesheren. Iedere partij stelt haar eigen geneesheer aan.

Indien beide geneesheren niet tot een akkoord komen, zullen zij een 3e geneesheer aanstellen of zich voor deze keuze wenden tot de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg en dit op verzoek van de meest gerede partij.

De gemeenschappelijke besluiten van de beide geneesheren of, bij gebrek aan akkoord, de besluiten van de 3e geneesheer zijn definitief bindend voor alle partijen.

Elke partij betaalt de honoraria van haar geneesheer en de helft van het honorarium van de derde.

12. Wijziging van het risico

Tijdens de duur van de polis moet u ons binnen de maand inlichten van de verplaatsing van de gewone verblijfplaats van de verzekerde naar het buitenland, van iedere wijziging van of in het beroep van de verzekerde, van iedere wijziging in de beoefening van een onder de 'Waarborgbepalingen' opgenomen activiteit of sport, van iedere wijziging in het sociaal statuut van de verzekerde en van een eventuele stopzetting van zijn beroepsactiviteit.

Wij kunnen dan in functie van de opgegeven wijziging de polisvoorwaarden, het bedrag van de verzekerde rente en de premies aanpassen binnen de maand na kennisname van deze wijziging.

Indien u met deze aanpassing niet akkoord gaat, moet u dit melden binnen 14 dagen na ontvangst van ons aanpassingsvoorstel. Wij kunnen dan de polis opzeggen indien er één verzekerde in de polis is opgenomen. Indien er meerdere verzekerden in de polis zijn opgenomen, wordt dan de dekking voor de betrokken verzekerde opgezegd. De opzegging gaat in 30 dagen na de verzendingsdatum van de aangetekende brief waarin wij de opzegging hebben meegedeeld.

Als wij van oordeel zijn dat wij het gewijzigde risico niet kunnen dekken, zeggen wij de polis op binnen een maand na kennisname van de wijziging. Deze opzegging gaat in 30 dagen na de verzendingsdatum van de aangetekende brief waarin de opzegging werd meegedeeld. Indien meerdere verzekerden zijn opgenomen, wordt de polis niet opgezegd, enkel de dekking voor de betrokken verzekerde zal worden opgezegd.

13. Afstand van verhaal

Wij zien af van verhaal tegen derden ten bate van de verzekerde.

14. Aanpassing van de polisvoorwaarden en de premies

Wij kunnen de polisvoorwaarden of het tarief wijzigen in overeenstemming met de bepalingen en de voorwaarden voorzien in de Wet op de landverzekeringsovereenkomst en in andere toepasselijke wetgeving hieromtrent.

Indien wij de polisvoorwaarden of het tarief wijzigen, brengen wij u hiervan schriftelijk minstens 4 maanden vóór de jaarlijkse vervalddag op de hoogte. Wij zullen dan de gewijzigde voorwaarden of het gewijzigd tarief toepassen vanaf de eerstkomende jaarvervalddag, die volgt op het bericht van kennisgeving.

Indien u het met deze wijzigingen niet eens bent, kunt u uw polis opzeggen tegen de vervalddag. U moet hierbij wel een opzeggingstermijn van 3 maanden naleven.

Indien wij u minder dan 4 maanden vóór de jaarvervalddag van de wijziging op de hoogte brengen, hebt u gedurende 3 maanden na deze kennisgeving tijd om een beslissing te nemen:

- kunt u een opzeggingstermijn van ten minste één maand naleven, dan kunt u de polis opzeggen tegen de vervalddag;
- in alle andere gevallen kunt u opzeggen met een opzeggingstermijn van één maand. Voor de periode na de vervalddag rekenen wij dan een proratapremie aan tegen het oude tarief en behoudt u voor deze periode de oude voorwaarden.

15. Mededelingen

Gelieve ons elke adreswijziging zowel van u, van de verzekerde als van de begunstigde dadelijk mee te delen. Wij sturen onze mededelingen rechtsgeldig aan het laatste door ons gekende adres.

16. Recht op individuele voortzetting van een beroepsgebonden verzekering

16.1. Principe

De verzekerde heeft het recht om deze verzekering geheel of gedeeltelijk individueel in een gelijksoortige polis voort te zetten wanneer hij het voordeel ervan verliest waarbij de eindleeftijd van deze individueel voortgezette verzekering die van deze verzekering niet mag overschrijden. Hij kan daarbij niet geweigerd worden omwille van zijn leeftijd en hij zal daarvoor ook geen nieuwe medische vragenlijst moeten invullen of nieuwe medische onderzoeken moeten ondergaan.

Bij de berekening van de premie van de individueel voortgezette verzekering wordt rekening gehouden met de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de voortzetting, het stelsel en het statuut van de sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen op het ogenblik van de voortzetting en het beroep en de beroepsinkomsten van de verzekerde op het ogenblik van de voortzetting. Indien de verzekerde op het ogenblik van het verlies van deze verzekering geen beroepsinkomen heeft, wordt een individueel voortgezette verzekering aangeboden indien hij binnen 140 dagen na het verlies van deze verzekering een nieuw beroepsinkomen heeft.

De verzekerde moet wel gedurende ten minste twee jaren die aan het verlies van deze verzekering voorafgaan ononderbroken aangesloten zijn geweest bij een of meer opeenvolgende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van een of meerdere verzekeraars.

Dit recht op voortzetting vervalt wel indien de verzekerde het voordeel van deze verzekering verliest ingevolge bedrog of omwille van de bedoelde redenen in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst.

16.2. Procedure bij verlies van het voordeel van deze verzekering

De verzekeringnemer brengt ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering de verzekerde schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip van verlies van deze verzekering en van de mogelijkheid om deze verzekering individueel voort te zetten.

Daarbij informeert de verzekeringnemer de verzekerde over de termijn waarbinnen hij het recht op individuele voortzetting kan uitoefenen en hij deelt eveneens onze contactgegevens mee.

16.3. Voorfinanciering van de individuele voortzetting van deze verzekering

De verzekerde heeft de mogelijkheid om een bijkomende premie te betalen die zal kunnen dienen als voorfinanciering van de eventuele individuele voortzetting van deze verzekering. Als verzekeringnemer bent u verplicht om iedere verzekerde onmiddellijk, op het ogenblik van zijn aansluiting bij de verzekering, van deze mogelijkheid op de hoogte te brengen.

17. Toepasselijk recht

Het Belgisch recht, waaronder de dwingende bepalingen van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst en van de diverse uitvoeringsbesluiten zijn van toepassing op deze polis. De andere niet-dwingende bepalingen gelden eveneens, behalve wanneer ervan wordt afgeweken in de Algemene Voorwaarden of de Bijzondere Voorwaarden. Voor geschillen in verband met deze polis zijn de Belgische rechtbanken bevoegd.

Wij doen elke dag ons best om u een optimale service te bieden.
Bent u toch niet helemaal tevreden of hebt u een opmerking?
Laat het ons weten, dan kunnen wij onze diensten verder verbeteren en u helpen.
U kunt ons bereiken via telefoon: 078 15 50 56 of via mail: ombudsdienst@baloise.be.

Indien dit geen oplossing biedt, dan kunt u zich richten tot:
Ombudsdienst Verzekeringen vzw, de Meeûssquare 35 - 1000 Brussel
Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

U behoudt natuurlijk ook het recht om naar de rechtbank te stappen.
