

< VIVIUM Business Accidents

Algemene voorwaarden >

VIV 69I/I0-2017
8.463N-I0.2017

Inhoudstafel

Titel 1 – Wettelijke waarborg arbeidsongevallen	4
Artikel 1 – Voorwerp van de waarborg	4
Artikel 2 – Dekkingsgebied	4
Artikel 3 – Bezoldiging voor de premieberekening	4
Artikel 4 – Tekortkomingen vanwege de verzekeringnemer m.b.t. de bepalingen inzake veiligheid en hygiëne	4
Artikel 5 – Verhaalsrecht	4
Titel 2 – Optionele waarborgen	4
Artikel 6 – Excedent Wet	5
Artikel 7 – Gewaarborgd Loon	5
Artikel 8 – Privé leven	5
Artikel 9 – Waarborg Beroepsleven voor personen niet onderworpen aan de RSZ	5
Artikel 10 – Waarborg Ongeval 24u/24u voor personen niet onderworpen aan RSZ	5
Titel 3 – Bijkomende dekkingen, gemeenschappelijke en administratieve bepalingen	5
Hoofdstuk 1 Bijkomende dekkingen	5
Artikel 11 – Bijkomstige werken	5
Artikel 12 – Werken voor privé-rekening	6
Artikel 13 – Nieuwe exploitatiezetel	6
Artikel 14 – Afstand van verhaal	6
Hoofdstuk 2 Gemeenschappelijke bepalingen voor de optionele waarborgen	6
Artikel 15 – Voorwoord	6
Artikel 16 – Omvang van de waarborgen	6
Artikel 17 – Beperking van de waarborgen	8
Artikel 18 – Onderschrijvingsmodaliteiten	9
Artikel 19 – Bezoldigingen	9
Artikel 20 – Prestaties van de maatschappij in geval van overlijden	10
Artikel 21 – Prestaties van de maatschappij in geval van blijvende invaliditeit of ongeschiktheid	10
Artikel 22 – Prestaties van de maatschappij in geval van tijdelijke ongeschiktheid	11
Artikel 23 – Prestaties van de maatschappij met betrekking tot kosten van behandeling	12
Artikel 24 – Beperking van de prestaties van de maatschappij	12
Artikel 25 – Subrogatie	12
Hoofdstuk 3 Administratieve bepalingen	12
Artikel 26 – Aanvang en duur van de overeenkomst	12
Artikel 27 – Betaling van de premie	13
Artikel 28 – Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief	13
Artikel 29 – Aard en berekeningswijzen van de premie	13
Artikel 30 – Niet-tewerkstelling van verzekeringnemer	14
Artikel 31 – Verandering van verzekeringnemer	14
Artikel 32 – Informatieplicht verzekeringnemer	14
Artikel 33 – Preventiemaatregelen	15
Artikel 34 – Medische verzorging en andere verplichtingen	15
Artikel 35 – Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de begunstigten in geval van schade	15
Artikel 36 – Opzegging van de overeenkomst	15
Artikel 37 – Schade door daden van terrorisme	17
Artikel 38 – Verbintenissen aangegaan door de tussenpersoon	17
Artikel 39 – Hiërarchie van de bepalingen in deze overeenkomst	18
Artikel 40 – Woonplaats, mededelingen en kennisgevingen	18
Artikel 41 – Bevoegde rechtsmacht	18

Wet van 10 04 1971 inzake Arbeidsongevallen (uittreksels)	19
Woordenlijst	26

VIVIUM BUSINESS ACCIDENTS

TITEL 1- WETTELIJKE WAARBORG ARBEIDSONGEVALLEN

De *maatschappij* verzekert de wettelijke waarborg voor zover er melding van gemaakt is in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 1 – Voorwerp van de waarborg

Bij *ongeval* dat de *verzekerden* tijdens de duur van de overeenkomst overkomen is, waarborgt de *maatschappij* alle door de Wet vastgelegde vergoedingen, zonder uitzondering noch voorbehoud en niettegenstaande ieder vervalbeding. De dekking strekt zich uit tot het zich voordoen van alle ongevallen en dit voor alle activiteiten en alle *verzekerden* die bij de *verzekeringnemer* zijn tewerkgesteld. De waarborg wordt ten opzichte van de *verzekeringnemer* beperkt tot de in de bijzondere voorwaarden beschreven activiteit.

Naast deze wettelijke waarborg zullen in geval van accidenteel overlijden, de echtgeno(o)te, de samenwonende partner en/of de kinderen die onder hetzelfde dak leven, genieten van dezelfde bepalingen als die bedoeld in artikel 20.5.

Artikel 2 – Dekkingsgebied

De dekking geldt in de hele wereld.

Artikel 3 – Bezoldiging voor de premieberekening

Wanneer de jaarlijkse *bezoldigingen* hoger liggen dan het wettelijke plafond, is het dit laatste bedrag dat genomen wordt voor de premieberekening.

Artikel 4 – Tekortkomingen vanwege de verzekeringnemer m.b.t. de bepalingen inzake veiligheid en hygiëne

Zijn niet gedekt ten aanzien van de *verzekeringnemer* en verlenen de *maatschappij* het verhaalsrecht voorzien in artikel 5, de arbeidsongevallen die zich hebben voorgedaan ingevolge de blootstelling van de *verzekerde* aan een gevaar dat voortvloeit uit een ernstig tekortkoming vanwege de *verzekeringnemer* met betrekking tot de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake veiligheid en hygiëne op het werk, tekortkoming die vanwege de *maatschappij* of een bevoegde ambtenaar het voorwerp uitgemaakt heeft van een specifieke en vooraf aangekondigde betekening.

De waarborg blijft de *verzekeringnemer* evenwel verworven, zonder afbreuk te doen aan artikel 48 van de Wet, indien hij het bewijs levert dat het *ongeval* eveneens te wijten is aan de niet naleving door de *verzekerde* van de veiligheidsinstructies die hem vooraf schriftelijk door de *verzekeringnemer* betekend werden, terwijl de nodige veiligheidsmiddelen tot zijn beschikking gesteld waren.

Artikel 5 – Verhaalsrecht

Wanneer de *maatschappij* ten opzichte van de *verzekerden* of de *rechthebbenden* gehouden is, heeft zij, afgezien van elke andere vordering waarover zij beschikt, recht op verhaal tegen de *verzekeringnemer* in de mate waarin zij haar prestaties volgens de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst of de overeenkomst had kunnen weigeren of verminderen.

TITEL 2 – OPTIONELE WAARBORGEN

De *maatschappij* verzekert de volgende optionele waarborgen voor zover er melding van gemaakt is in de bijzondere voorwaarden:

Artikel 6 – Excedent Wet

In geval van arbeidsongeval of *ongeval* op de weg van en naar het werk in de zin van de Wet, strekt de verzekering zich uit tot het gedeelte van de *bezoldiging* dat het wettelijke plafond overschrijdt.

Artikel 7 – Gewaarborgd Loon

7.1. Ondanks de prestaties die door de andere waarborgen voorzien zijn, verbindt de *maatschappij* zich ertoe in geval van arbeids- of arbeidsweg ongeval van de *verzekerden* de *verzekeringnemer* de *bezoldiging* of de aanvullende *bezoldiging* waarop de *verzekerden* aanspraak kunnen maken krachtens de wet van 3 juli 1978 m.b.t. het arbeidscontract en krachtens de collectieve overeenkomsten terzake, ten laste te nemen.

7.2. Indien er uitdrukkelijke melding van gemaakt werd in de bijzondere voorwaarden, neemt de *maatschappij* eveneens de patronale sociale bijdragen ten laste die op het gewaarborgd loon toepasselijk zijn, vanaf de eerste eurocent loon. Onder patronale sociale bijdragen, dient men enkel de werkgeversbijdragen te verstaan die de *verzekeringnemer* periodiek aan de sociale zekerheid dient te storten.

7.3. De in de bijzondere voorwaarden aangeduide premie wordt berekend op de totaliteit van de niet-geplafonneerde *bezoldigingen*.

Artikel 8 – Privé Leven

De waarborg is verworven in geval van een *ongeval van het privéleven* dat de *verzekerden* overkomt.

De verzekering strekt zich ook uit tot een *ongeval* dat een *verzekerde* is overkomen die de wettelijke dekking geniet, wanneer dit *ongeval* in de zin van de Wet niet als arbeidsongeval wordt beschouwd, en dit omdat het *ongeval* wel gebeurd is tijdens, maar niet door de uitvoering van het arbeidscontract.

De tussenkomst van de *maatschappij* is gebaseerd op de werkelijke of conventionele *bezoldiging* van de *verzekerden*, vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 9 – Waarborg beroepsleven voor personen niet onderworpen aan de RSZ

De waarborg is verworven in geval van *beroepsongevallen* die de *verzekerden* overkomen die niet aan de Wet onderworpen zijn.

De tussenkomst van de *maatschappij* is gebaseerd op de conventionele *bezoldiging* van de *verzekerden*, vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 10 – Waarborg ongeval 24u/24u voor personen niet onderworpen aan RSZ

De waarborg is verworven in geval van *ongeval van het privéleven* of in geval van *beroepsongevallen* die de *verzekerden* overkomen die niet aan de Wet onderworpen zijn. De tussenkomst van de *maatschappij* is gebaseerd op de conventionele *bezoldiging* van de *verzekerden*, vermeld in de bijzondere voorwaarden.

TITEL 3 – BIJKOMENDE DEKKINGEN, GEMEENSCHAPPELIJKE EN ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN

HOOFDSTUK I – BIJKOMENDE DEKKINGEN

Behalve voor de optionele waarborg Privéleven, verleent de *maatschappij* volgende bijkomende waarborgen:

Artikel 11 – Bijkomstige werken

De verzekering breidt zich uit tot alle hoofdzakelijke en bijkomstige werken in verband met de activiteit van de *verzekeringnemer* en inzonderheid:

- reinigings-, onderhouds-, en herstellingswerken van het materieel, de inrichtingen en de gebouwen, met uitsluiting van de afbraakwerken en van het optrekken van nieuwe constructies;
- plaatsing en demontage van het materieel;

- functionering van mess, kantines en refters;
- deelneming van de *verzekeringnemer* aan jaarbeurzen, markten en/of tentoonstellingen, culturele manifestaties, bijkomstige, voorbereidende en eruit voortvloeiende werken inbegrepen;
- activiteiten ter voorkoming van schadegevallen alsmede reddings-, blussings-, opruimings-, inrichtings- en andere werken ingevolge brand, ontploffing, overstroming, storm en andere gelijkaardige gebeurtenissen.

Artikel 12 – Werken voor privé-rekening

De *verzekerden* kunnen met divers werk gelast worden zoals tuin-, reinigings-, onderhouds-, licht herstellingswerk, verfraaiings- en/of uitbreidingswerken van goederen voor privé-rekening van de *verzekeringnemer* of van zijn beheerders.

De *maatschappij* stemt erin toe de ongevallen die uit die werken voortvloeien in de dekking van de overeenkomst op te nemen met dien verstande dat de *verzekeringnemer* zich ertoe verbindt de *bezoldigingen* die voor die werken aan de *verzekerden* worden uitgekeerd op de bezoldigingsaangifte te vermelden.

Artikel 13 – Nieuwe exploitatiezetel

De waarborgen worden automatisch verleend aan de *verzekerden* die in de nieuwe exploitatiezetels van de *verzekeringnemer* in België tewerkgesteld zijn, voor zover de erin uitgeoefende activiteit identiek of gelijkaardig is aan deze die in de bijzondere voorwaarden aangeduid werd. De *verzekeringnemer* verbindt zich ertoe het bestaan van dergelijke toestand ten laatste in de jaarlijkse bezoldigingsaangifte aan de *maatschappij* aan te geven.

Artikel 14 – Afstand van verhaal

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van artikel 25 verzaakt de *maatschappij*, behalve in geval van kwaadwilligheid aan alle verhaal tegen:

14.1. de *verzekeringnemer* en zijn beheerders die aansprakelijk zijn voor de ongevallen die aan de *verzekerden* veroorzaakt worden tijdens de uitvoering van werken die voor hun privé-rekening gebeuren. De *maatschappij* zal evenwel verhaal uitoefenen tegen deze personen, voor zover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst gedekt is;

14.2. de openbare instellingen of instellingen van openbaar nut zoals de openbare vervoermaatschappijen, de leveranciers van elektrische stroom, gas, water, de haven- of zeevaartdiensten, de inrichter van jaarbeurzen, markten, tentoonstellingen in de mate dat de *verzekeringnemer* er krachtens overeenkomsten toe gebracht werd of zou worden zelf aan dat verhaal te verzaken;

14.3. de natuurlijke of rechtspersonen voor wiens rekening of met wie de *verzekeringnemer* werken zou kunnen uitvoeren, in de mate dat de *verzekeringnemer* er ingevolge overeenkomsten zelf toe gebracht werd of zou worden, dergelijke verzaking aan verhaal toe te staan.

HOOFDSTUK 2 – GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN VOOR DE OPTIONELE WAARBORGEN

Artikel 15 – Voorwoord

Onder voorbehoud van de hierna volgende bepalingen, worden de conventionele prestaties berekend zoals de vergoedingen die voorzien zijn in de Wet die in voege is bij het afsluiten van de overeenkomst op basis van de *bezoldigingen* of gedeelte van *bezoldigingen* volgens en in functie van de voorziene dekkingen. In voorkomend geval, op basis van vaste kapitalen. Zijn echter nooit van toepassing, de artikelen 10, 11, 23 bis, 33 en 42 van de Wet. Tenzij voor de waarborg beschreven in artikel 6, kunnen de *verzekerden* de, door de artikelen 7 en 9 van de Wet, ingevoerde vermoedens niet in hun voordeel invoeren.

Artikel 16 – Omvang van de waarborgen

In het kader van de waarborgen beschreven in de artikelen 8 tot 10:

16.1. Worden bij uitbreiding met ongevallen gelijkgesteld:

- ontwrichtingen, verwringingen, spierverrekkingen of -scheuringen veroorzaakt door een plotse krachtinspanning;
- onvrijwillige verdrinking;
- hydrocutie;
- beten en steken van dieren;
- fysieke uitputting en ondervoeding ten gevolge van daden van piraterij, schipbreuk en overstroming;
- gevallen van hondsdoelheid, miltvuur en tetanus.

16.2. Zijn gedekt: aandoeningen door bevrozing, door felle zon, grote hitte of zonnesteek alsook aantasting van de gezondheid door ultravioletstralen ten gevolge van een gedekt ongeval.

16.3. De ongevallen ingevolge sportbeoefening als *onbezoldigd liefhebber* zijn gedekt.

16.4. De waarborg strekt zich uit tot het gebruik als passagier, van alle luchtvaarttoestellen, geldig toegelaten voor personenvervoer, voor zover de verzekerde geen deel uitmaakt van de bemanning of tijdens de vlucht geen enkele beroepsbedrijvigheid of andere activiteit uitoefent, met betrekking tot het toestel of de vlucht.

16.5. De dekking wordt verleend tot beloop van 50% van de verzekerde sommen voor het gebruik als bestuurder of passagier van elke brom- of motorfiets.

16.6. Clausules

a. Opdracht in het buitenland

De verzekering wordt uitgebreid tot de ongevallen in het 'privéleven' van de verzekerde personen, in het kader van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, wanneer zij in opdracht zijn in het buitenland.

De waarborgen gaan in om 0 u van de dag van hun vertrek in opdracht en stopt wanneer de verzekerde naar zijn woonplaats, zijn verblijfplaats of zijn werkplaats is teruggekeerd.

Als het ongeval niet wordt erkend als een arbeidsongeval, dan zal de schadevergoeding worden betaald conform de definitie van het ongeval 'privéleven' en de hierop betrekking hebbende uitsluitingen en vervalbedingen, die zijn voorzien in de algemene voorwaarden van de verzekeringsmaatschappij.

De vergoedingen worden berekend op basis van de formule van het 'type-wet' zonder toepassing van het KB nr. 530, in functie van de reële vergoeding beperkt tot het *contractuele plafond* per persoon en per jaar.

In geval van B.O. (blijvende ongeschiktheid) en overlijden worden de rentes gestort aan het slachtoffer of aan de rechthebbende in de vorm van een niet-geïndexeerd kapitaal, volgens het barema F, bijlage van het KB van 21.12.1971.

De vergoedingen worden enkel toegekend na elke wettelijke tussenkomst.

De in deze clausule bepaalde waarborgen kunnen niet worden gecumuleerd met een dekking tegen ongevallen van het 'privéleven' die is onderschreven door de werkgever bij de maatschappij en waarop het slachtoffer aanspraak zou kunnen maken.

b. Samenwonend

Met samenwonende partner bedoelt men de persoon die op het moment van het arbeidsongeval of van het arbeidswegongeval wettelijk samenwoonde met de verzekerde in de zin van artikel 1475 van het Burgerlijk wetboek ofwel aantoonde dat hij langer dan 1 jaar met de verzekerde heeft samengewoond.

Indien een begunstigde die de wettelijke dekking geniet een arbeidsongeval of arbeidswegongeval krijgt, dan zal de verzekeringsmaatschappij aan de samenwonende partner dezelfde vergoedingen betalen als deze die aan de rechthebbenden toekomen, conform artikel 12 van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971. Als de samenwonende partner ook de wettelijke dekking heeft onder een ander statuut dan voorzien in artikel 12 van voormelde wet (broer, zus, ouder, enz.), dan zal de tussenkomst van de maatschappij beperkt worden tot de betaling van het verschil van deze vergoeding en de vergoeding die is voorzien voor een echtgenoot/echtgenote of voor een wettelijk samenwonende partner.

De vergoedingen worden berekend op basis van de formule 'type-wet' zonder toepassing van het KB nr. 530, in functie van de reële vergoeding beperkt tot het *contractuele plafond* per persoon en per jaar.

In geval van overlijden wordt de rente aan de rechthebbende gestort in de vorm van een niet-geïndexeerd kapitaal, volgens het barema F, bijlage van het KB van 21.12.1971.

De vergoedingen worden slechts toegekend na elke wettelijke tussenkomst.

De in deze clausule bepaalde waarborgen kunnen niet worden gecumuleerd met een dekking tegen ongevallen van het 'privéleven' die is onderschreven door de werkgever bij de maatschappij en waarop het slachtoffer aanspraak zou kunnen maken.

c. Toegelaten prestaties op de woon- of verblijfplaats

De maatschappij neemt akte van het feit dat bepaalde aangestelden die onderworpen zijn aan de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 door de verzekeringnemer de toestemming krijgen om te werken op hun woon- of verblijfplaats, met uitsluiting van sportieve en manuele activiteiten.

Bij eventuele ongevallen op de woon- of verblijfplaats van de verzekerde tijdens een activiteit voor rekening van hun werkgever zal de vergoeding worden betaald conform de definitie van het ongeval 'privéleven' en de hierop betrekking hebbende uitsluitingen en vervalbepalingen, die zijn voorzien in de algemene voorwaarden van de verzekeringsmaatschappij. De vergoedingen worden berekend op basis van de formule 'type-wet' zonder toepassing van het KB nr. 530, in functie van de reële vergoeding beperkt tot het *contractuele plafond* per persoon en per jaar.

In geval van B.O. en overlijden worden de rentes gestort aan het slachtoffer of aan de rechthebbende in de vorm van een niet-geïndexeerd kapitaal, volgens het barema F, bijlage van het KB van 21.12.1971.

Bovendien heeft de verzekerde recht op de waarborgen van het contract wanneer hij kinderen vervoert van of naar elke persoon die op hen past, alsook in elke onderwijsinstelling. De interpretatie van deze bepaling zal gebeuren conform artikel 8 van de wet van 10 april 1971. De bepalingen van de vorige twee alinea's zijn eveneens van toepassing.

De vergoedingen worden slechts toegekend na elke wettelijk tussenkomst.

De in deze clausule bepaalde waarborgen kunnen niet worden gecumuleerd met een dekking tegen ongevallen van het 'privéleven' die is onderschreven door de werkgever bij de maatschappij en waarop het slachtoffer aanspraak zou kunnen maken.

d. Extraprofessionele evenementen

De verzekering wordt uitgebreid tot de eventuele ongevallen van de personeelsleden van de verzekeringnemer die onderworpen zijn aan de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, tijdens sportieve, culturele of recreatieve activiteiten die worden georganiseerd of toegelaten door de verzekeringnemer, of die worden georganiseerd door andere personen maar waarop het slachtoffer wordt verondersteld de verzekeringnemer te vertegenwoordigen.

De verzekering wordt uitgebreid tot de ongevallen die kunnen gebeuren in kleedkamers of andere gebruikte lokalen, en wordt onder andere uitgebreid - volgens de criteria die van toepassing zijn op de arbeidswegongevallen - tot de ongevallen die kunnen gebeuren op de 'heen- en terugweg', hetzij tussen de verblijfplaats van de verzekerde personen of hun werkplaats en de plaats waar de verzekerde activiteit moet plaatsvinden.

Als het ongeval niet wordt erkend als een arbeidsongeval, dan zal de schadevergoeding worden betaald conform de definitie van het ongeval 'privéleven' en de hierop betrekking hebbende uitsluitingen en vervalbepalingen, die zijn voorzien in de algemene voorwaarden van de verzekeringsmaatschappij.

De vergoedingen worden berekend op basis van de formule van het 'type-wet' zonder toepassing van het KB nr. 530, in functie van de reële vergoeding beperkt tot het contractuele plafond per persoon en per jaar.

In geval van B.O. en overlijden worden de rentes gestort aan het slachtoffer of aan de rechthebbende in de vorm van een niet-geïndexeerd kapitaal, volgens het barema F, bijlage van het KB van 21.12.1971.

De vergoedingen worden slechts toegekend na elke wettelijk tussenkomst.

De in deze clausule bepaalde waarborgen kunnen niet worden gecumuleerd met een dekking tegen ongevallen van het 'privéleven' die is onderschreven door de werkgever bij de maatschappij en waarop het slachtoffer aanspraak zou kunnen maken

16.7. De verzekering is geldig in de hele wereld.

Artikel 17 – Beperking van de waarborgen

In het kader van de waarborgen beschreven in de artikelen 8, 9 en 10, waarborgt de *maatschappij* niet:

Ten gevolge van een verval van dekking:

17.1. ongevallen die voortvloeien uit daden die door de *verzekerden* opzettelijk veroorzaakt of uitgelokt zijn. Bovendien kan geen enkele persoon die het *ongeval* opzettelijk heeft veroorzaakt of uitgelokt van het voordeel van de prestaties genieten;

17.2. ongevallen ontstaan bij opzettelijke deelneming aan voorbereiding of uitvoering van misdaden of misdrijven;

17.3. ongevallen uitsluitend te wijten aan een gebrekkige psychische toestand;

17.4. arbeidsongevallen die zich hebben voorgedaan ingevolge de blootstelling van de *verzekerde* aan een gevaar dat voortvloeit uit een ernstige tekortkoming vanwege de *verzekeringnemer* met betrekking tot de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake veiligheid en hygiëne op het werk, tekortkoming die vanwege de *maatschappij* of een bevoegde ambtenaar het voorwerp uitgemaakt heeft van een specifieke en vooraf aangekondigde betekening;

17.5. ongevallen te wijten aan uitdagingen, weddenschappen en roekeloze daden;

17.6. ongevallen overkomen bij deelneming aan geweldpleging op personen of bij het kwaadwillig beschadigen of ontvreemden van goederen;

17.7. ongevallen die zich voordoen onder invloed van een geneesmiddel, tenzij voorgeschreven door een wettelijk bevoegde arts.

De dekking is verworven, mits het slachtoffer of begunstigde bewijst dat het schadegeval geen verband heeft met de staat van het slachtoffer;

17.8. ongevallen overkomen tijdens de vrijwillige blootstelling aan een uitzonderlijk en overbodig gevaar. Dit is o.m. zo wanneer de verzekerde de veiligheidsinstructies niet naleeft die de *verzekeringnemer* hem vooraf schriftelijk betekend heeft, terwijl de nodige veiligheidsmaatregelen tot zijn beschikking waren gesteld;

Ten gevolge van een uitsluiting:

17.9. ongevallen te wijten aan dronkenschap. Wordt met dronkenschap, in de zin van deze bepaling gelijkgesteld: de alcoholintoxicatie van 1,5 gram of meer per liter bloed;

17.10. ongevallen ingevolge oorlogsrisico's. De verzekerde behoudt echter zijn recht op de dekking gedurende 14 dagen vanaf het begin van de vijandelijkheden wanneer hij in het buitenland door dergelijke gebeurtenissen wordt verrast;

17.11. ongevallen toe te schrijven aan allerhande militaire of burgerlijke onlusten en aan de maatregelen die worden getroffen om ze te bestrijden, tenzij wordt bewezen dat de verzekerde er niet actief heeft aan deelgenomen;

17.12. ongevallen veroorzaakt door andere ioniserende stralingen dan de medische bestralingen vereist door een gewaarborgd ongeval;

17.13. er is geen dekking voorzien bij gebruik van een motorfiets, zowel als bestuurder of passagier, wanneer deze motorfiets tijdens het ongeval niet in overeenstemming is met het inschrijvingsbewijs;

17.14. er is geen dekking voorzien bij bouw- of dakwerken;

17.15. alle fiets-, motorboot-, motorfiets- en autowedstrijden (behalve toeristische rally's waarvoor geen enkele tijd of snelheidsnorm wordt opgelegd), inclusief training en testen;

17.16. deelneming (inclusief training en voorbereidende testen) aan paardenwedstrijden;

17.17. ongevallen voorgekomen in België tijdens aardbevingen, atmosferische of geologische verschijnselen;

17.18. de ongevallen die voortvloeien door de uitoefening van luchtporten (deltavliegen, valschermspringen, paragliden, ULM-*Ultralight Motorized*-, zweefvliegen, heteluchtballon en benji) alsook het besturen van een luchtvaartuig (niet commercieel) als piloot of het meevliegen als passagier.

Artikel 18 – Onderschrijvingsmodaliteiten

De waarborgen kunnen afgesloten worden:

18.1 met nominatieve aanduiding. De *begunstigden* die degenen die reeds verzekerd zijn vervangen of aanvullen, genieten de waarborgen zodra de *maatschappij* haar toestemming notificeert;

18.2 zonder nominatieve aanduiding van de *begunstigden*, wanneer zij ofwel een bepaalde groep vormen ofwel een bepaalde categorie van personeel vertegenwoordigen. De *verzekeringnemer* verbindt er zich toe een register bij te houden waarin hij alle *begunstigden* van deze categorie of groep inschrijft. De *maatschappij* heeft het recht elke tussenkomst te weigeren wanneer het slachtoffer niet op regelmatige wijze, vanaf zijn toetreding bij de *verzekeringnemer*, in het register ingeschreven werd.

Artikel 19 – Bezoldigingen

In geval het niet om een conventionele *bezoldiging* gaat, wordt de *bezoldiging* van het slachtoffer die als basis dient voor de berekening van de verzekerde sommen, vastgesteld op basis van de twaalf maanden die het *ongeval* vooraf gaan, voor zover deze *bezoldiging* betrekking heeft op dezelfde functie en dezelfde arbeidsvoorwaarden van toepassing op het ogenblik van het ongeval.

In het kader van de waarborgen beschreven in artikelen 6 en 8 en wanneer de referentieperiode waarover men beschikt uit hoofde van de hiervoor vermelde criteria kleiner is dan 12 maanden, zal de basisbezoldiging gelijk zijn aan de referentieperiode, verhoogd met het overeenkomstig pro rata om zo de twaalf maanden te vervullen.

Artikel 20 – Prestaties van de maatschappij in geval van overlijden

20.1. Indien de verzekerde overlijdt aan de uitsluitende gevolgen van een gedekt ongeval, betaalt de *maatschappij* de verschuldigde bedragen aan de *begunstigden*. Behalve voor de toepassing van artikel 6, wordt gelijkgesteld met een echtgenoot die noch uit de echt, noch van tafel en bed gescheiden is, iemand die op het ogenblik van het ongeval ofwel wettelijk samenwoonde met de verzekerde in de zin van artikel 1475 van het burgerlijke wetboek ofwel bewijst dat hij/zij meer dan drie jaar heeft samengeleefd met deze laatste.

20.2. Indien de conventionele prestaties berekend worden zoals de formule “basis-wet”, zonder toepassing van het KB n°530, omvatten zij het kapitaal dat de verschuldigde rente vertegenwoordigt, berekend volgens het *barema*. De omzettingcoëfficiënt wordt bepaald in functie van de leeftijd van de *rechthebbende* op de datum van het overlijden van de verzekerde, tenzij de ouders recht hebben op een tijdelijke rente. In dit laatste geval wordt de omzettingcoëfficiënt bepaald in functie van de leeftijd van de verzekerde op de datum van zijn overlijden.

Indien de conventionele prestaties niet volgens de formule “basis-wet”, zonder toepassing van het KB n°530, berekend worden, zijn zij verschuldigd conform het verzekerd kapitaal of het in aanmerking te nemen veelvoud van de *bezoldiging*. Voor zover in de bijzondere voorwaarden geen *begunstigde* bij overlijden is aangeduid, zal het verzekerd kapitaal pro rata verdeeld worden onder de *rechthebbenden* volgens de volgende formule: het kapitaal voor de *begunstigde* is gelijk aan het verzekerd kapitaal x kapitaal per *begunstigde* volgens de formule ‘basis-wet’ zonder toepassing van het KB n°530, gedeeld door de som van de kapitalen van alle *begunstigden* samen volgens de formule ‘basis-wet’ zonder toepassing van het KB n°530.

Bij ontstentenis van een *rechthebbende* beperkt de *maatschappij* haar tussenkomst tot de terugbetaling van de begrafenis kosten aan de persoon die deze ten laste heeft genomen en dit tot een bedrag van 2.500 EUR.

20.3. In het kader van de waarborgen beschreven in de artikelen 8 tot 10 indien het overlijden in het buitenland plaatsvindt, betaalt de *maatschappij*, tot een bedrag van 2.500 EUR, de repatriëringkosten van het stoffelijke overschot.

20.4. In het kader van de waarborg beschreven in artikel 8 en indien de dekking “Overlijden” in de overeenkomst voorzien is, zal ieder kind van de verzekerde dat aldus ingevolge een ongeval van het privéleven wees geworden is, een maandelijks bijkomende toelage ontvangen van 200 EUR. Die bijkomende toelage wordt op 300 EUR per maand gebracht indien de kinderen wees van vader en moeder worden, ingevolge hetzelfde ongeval.

Het recht op deze toelage eindigt tegelijk met dat op de wettelijke gezinsuitkeringen en in ieder geval ten laatste wanneer het kind de leeftijd van 25 jaar bereikt heeft. Dat recht houdt eveneens op wanneer de overlevende echtgenoot hertrouwt.

20.5. Bij een gedekt ongeval vergoedt de *maatschappij* de kosten voor psychologische hulpverlening aan de echtgenoot, de samenwonende en/of zijn kinderen die bij hem inwonen. De uitkering van de *maatschappij* is slechts verworven voor zover de hulpverlening binnen de zes maanden die op het ongeval volgen van start is gegaan. De uitkering bedraagt 1.000 EUR per schadegeval en wordt toegekend op grond van de bewijsstukken.

20.6. Verdwijning wordt niet gelijkgesteld met overlijden.

20.7. De verzekerde die onder de waarborg ‘ongevallen 24u/24u’ valt en zijn professionele activiteiten stopzet, blijft gedekt onder de waarborg ‘privéleven’. Het verzekerd bedrag in overlijden, wordt dan wel met de helft verminderd. Deze voorwaarde is alleen van toepassing indien de verzekerde op het tijdstip van het schadegeval officieel gepensioneerd is.

Artikel 21 – Prestaties van de maatschappij in geval van blijvende invaliditeit of ongeschiktheid

21.1. In geval van *beroepsongeval*, is de invaliditeitsgraad gelijk aan de ongeschiktheidsgraad vastgesteld overeenkomstig de Wet. Indien deze lager is dan deze van de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten (OBSI) op de dag van de consolidatie, dan wordt met deze laatste rekening gehouden voor de berekening van de vergoedingen.

Bij *ongeval* van het privéleven, wordt de invaliditeitsgraad vastgesteld overeenkomstig de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten (OBSI) dat van toepassing is op het ogenblik van de consolidatie.

Als deze invaliditeitsgraad 67% of meer bereikt, wordt hij voor de berekening van de vergoedingen op 100% gebracht.

21.2. Indien het *ongeval* een erkende definitieve invaliditeit voor gevolg heeft, betaalt de *maatschappij*:

- indien de conventionele prestaties worden berekend zoals de vergoedingen in Wet: het kapitaal dat de verschuldigde rente vertegenwoordigt, berekend volgens het *barema*. In het kader van de waarborg beschreven in artikel 6 en tot aan het einde van de herzieningstermijn van drie jaar bij Wet voorzien, betaalt de *maatschappij*, op het desbetreffende gedeelte van de *bezoldiging*, een jaarlijkse niet-geïndexeerde vergoeding van 100% naar rato van de ongeschiktheidsgraad;
- indien dit niet het geval is, een kapitaal, berekend op het verzekerde bedrag naar rato van de ongeschiktheidsgraad.

21.3. Er zal nooit rekening gehouden worden met een invaliditeitsgraad boven 100%.

Geen enkele vergoeding is verschuldigd voor de hulp van een derde persoon. Letsels aan reeds gebrekkige of functioneel buiten werking zijnde ledematen of organen worden slechts vergoed voor het verschil tussen de toestand voor en na het ongeval. De schatting van de letsels van een lid of een orgaan mag niet verhoogd worden door de reeds bestaande gebrekkige toestand van een ander lid of orgaan.

21.4. In geval een *ongeval* door de *maatschappij* wordt afgesloten zonder erkenning van een blijvende invaliditeit, beschikt de *verzekerde* over een termijn van drie jaar om zich tegen deze beslissing te verzetten. Behalve bij uitdrukkelijk andersluidend bericht, zal ieder dossier waar de *maatschappij* zijn verplichting inzake de vergoeding van de tijdelijke ongeschiktheid en de terugstorting van de kosten van behandeling is nagekomen, als beëindigd worden beschouwd.

21.5. De vergoedingen voor overlijden, blijvende en tijdelijke invaliditeit kunnen nooit worden gecumuleerd.

21.6. In geval van *ongeval* van het privéleven:

- indien de blijvende invaliditeit aan de oorsprong ligt van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst van de *verzekerde*, komt de *maatschappij* tot beloop van 2.500 EUR tussenbeide in de kosten van een outplacementdienst;
- indien een lichaamslid door het *ongeval* geraakt wordt, ongeacht of de *verzekerde* rechtshandig of linkshandig is, verbindt de *maatschappij* zich ertoe de meest gunstige invaliditeitsgraad toe te passen die door de OBSI erkend wordt.

21.7. De *verzekerde* die onder de waarborg 'ongevallen 24u/24u' valt en zijn professionele activiteiten stopzet, blijft gedekt onder de waarborg 'privéleven'. Het verzekerd bedrag in overlijden, wordt dan wel met de helft verminderd. Deze voorwaarde is alleen van toepassing indien de *verzekerde* op het tijdstip van het schadegeval officieel gepensioneerd is.

Artikel 22 – Prestaties van de *maatschappij* in geval van tijdelijke ongeschiktheid

22.1. De *maatschappij* betaalt de *verzekerde* dagvergoeding, vanaf de eerste dag van de ongeschiktheid, binnen de overeengekomen limieten en ten laatste:

- tot aan de consolidatie van de letsels in het kader van de waarborgen beschreven in de artikelen 8 tot 10;
- tot op het einde van de herzieningstermijn, zon- en feestdagen inbegrepen, in het kader van de waarborgen beschreven in artikel 6.

De dag van het *ongeval* geeft nooit recht op vergoeding.

Behalve voor de waarborg vermeld in artikel 10 zal, indien het verplicht stelsel van de sociale zekerheid echter een vergoeding voorziet voor de *verzekerde*, de tussenkomst van de *maatschappij* beperkt blijven tot het verschil tussen het hierboven vermelde bedrag en het bedrag voorzien in dit verplicht stelsel, zelfs indien, ingevolge een aan de *verzekerde* toe te schrijven feit, dit laatste bedrag hem niet effectief werd gestort. De vergoedingen voor tijdelijk volledige ongeschiktheid worden berekend zoals bepaald in artikel 22 van de Wet (90% van het gemiddelde dagbedrag).

Indien de graad van tijdelijke ongeschiktheid lager is dan 90%, wordt de overeengekomen dagelijkse vergoeding vastgesteld naar rato van de vermindering van het arbeidsvermogen van de *verzekerde* in zijn beroeps- of privé-activiteiten. In geval van forfaitaire dagvergoeding, wordt dit bedrag pro rata betaald in functie van zijn arbeidsongeschiktheid.

22.2. De *verzekerde* dient zelf het bewijs te leveren van zijn volledige ongeschiktheid door middel van een medisch attest.

22.3. De *verzekerde* dagelijkse vergoeding wordt berekend op het gemiddelde dagbedrag van de *verzekerde* (Art. 40 van de Wet).

22.4. In het kader van de waarborg beschreven in artikel 8 neemt de *maatschappij*, als de duur van de volledige tijdelijke ongeschiktheid zeven dagen of meer bedraagt en als de raadgevend geneesheer van de *maatschappij* oordeelt dat de *verzekerde* over een gezins- of huishoudelijke hulp moet kunnen beschikken, op vertoon van de bewijsstukken en tot beloop van maximum 2.000 EUR per schadegeval, de kosten van die gezins- of huishoudelijke hulp voor haar rekening.

22.5. De verzekerde die onder de waarborg 'ongevallen 24u/24u' valt en zijn professionele activiteiten stopzet, blijft gedekt onder de waarborg 'privéleven'. Het verzekerd bedrag in overlijden, wordt dan wel met de helft verminderd. Deze voorwaarde is alleen van toepassing indien de verzekerde op het tijdstip van het schadegeval officieel gepensioneerd is.

Artikel 23 – Prestaties van de maatschappij met betrekking tot kosten van behandeling

23.1. De *maatschappij* neemt de kosten van behandeling, die door het *ongeval* werden veroorzaakt, ten laste tot aan de consolidatie of, in het kader van de waarborg beschreven in artikel 6, tot aan het einde van de herzieningstermijn. Onder kosten van behandeling door het *ongeval* veroorzaakt, verstaat men de medisch noodzakelijke verplegingskosten, gepresteerd of voorgeschreven door een geneesheer die wettelijk erkend is om de geneeskunde te mogen beoefenen, alsook de hospitalisatiekosten.

De tussenkomst van de *maatschappij* is alleen verworven voor de handelingen of prestaties die voorkomen in de nomenclatuur van de Belgische ziekte- en invaliditeitswetgeving en tot beloop van éénmaal dit tarief.

23.2. In het kader van de waarborgen beschreven in de artikelen 8 tot 10 neemt de *maatschappij* ten laste:

- de kosten voor een eerste prothese of eerste orthopedisch toestel. Onder prothesetoestel verstaat men uitsluitend datgene dat een gedeelte van het lichaam vervangt dat onwerkzaam is geworden, met uitsluiting van elk ander materieel;
- kosten aan reeds bestaande protheses, maar uitsluitend indien deze gelijktijdig samengaan met lichamelijke letsels;
- de transportkosten gedaan om medische redenen of gedragen tengevolge van een convocatie bij de raadgever-geneesheer van de *maatschappij*. Bij gebruik van een privévoertuig en in zover de afgelegde afstand 5 km overschrijdt, zullen deze kosten forfaitair worden vastgesteld op basis van het tarief dat in de Wet voorkomt. Indien gebruik gemaakt wordt van een openbaar vervoermiddel, worden de werkelijke kosten terugbetaald:
- zonder 2.500 EUR te mogen overschrijden, de verantwoorde opzoekings- en reddingskosten teneinde het leven van de verzekerde veilig te stellen;
- zonder 4.000 EUR te mogen overschrijden, de repatriëringkosten in het geval de verzekerde in de onmogelijkheid verkeert om onder zijn normale reisvoorwaarden naar huis terug te keren. Een medisch getuigschrift ter rechtvaardiging is vereist, met vermelding van het noodzakelijk geachte transportmiddel.

23.3. In het kader van de waarborg beschreven in artikel 8 waarborgt de *maatschappij* de kosten voor psychologische hulp tot beloop van maximum 1.000 EUR per persoon wanneer de verzekerde in de loop van zijn privéleven slachtoffer is van fysieke agressie, van een hold up, een carjacking, een homejacking, een aanslag, een vandalenstreek of een kwaadwillige daad. Dat bedrag wordt toegekend bovenop de bedragen die toegekend worden voor kosten van behandeling.

23.4 De *maatschappij* komt in ieder geval slechts tussenbeide voor het verschil tussen de werkelijk betaalde kosten en de prestaties die normaliter ten laste van een Belgisch of buitenlands stelsel van Sociale zekerheid, van een verzekeraar of van het Fonds voor Arbeidsongevallen zouden vallen.

Artikel 24 – Beperking van de prestatie van de maatschappij

Indien gebrekkigheden, ziekten, oorzaken of omstandigheden onafhankelijk van het *ongeval* zelf, de gevolgen van het *ongeval* verergeren, mag de vergoeding niet hoger zijn dan deze die zou verschuldigd geweest zijn indien het *ongeval* een gezond organisme had geraakt. Deze beperking geldt evenwel niet voor de verzekering van de verplegingskosten.

Artikel 25 - Subrogatie

Door het enkel bestaan van de overeenkomst en ten belope van de door de *maatschappij* uitgekeerde bedragen, treedt de *maatschappij* in de rechten en rechtsvorderingen van de *begunstigden* tegen de aansprakelijke derden.

HOOFDSTUK 3 – ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN

Artikel 26 – Aanvang en duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening door de partijen. De waarborgen nemen een aanvang om nul uur op de datum die in de bijzondere voorwaarden vermeld wordt. De duur van de overeenkomst bedraagt één jaar en kan, indien zo bepaald in de bijzondere voorwaarden, 3 jaar bedragen rekening houdende met alle bepalingen van de wet van 25.06.1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Deze duur moet, indien nodig worden verlengd met de periode die de datum van het ingaan van het contract scheidt van 1 januari van het jaar dat erop volgt. Ze wordt stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van één of 3 jaar rekening houdende met alle bepalingen van de Wet tenzij zij door één van de

partijen tenminste 3 maanden voor het verstrijken van de lopende periode werd opgezegd op een door de Wet voorgeschreven wijze. Deze bepaling is niet van toepassing voor de overeenkomsten met een duur van minder dan één jaar.

Artikel 27 – Betaling van de premie

De premie, met inbegrip van taksen en kosten, is vooraf betaalbaar en eisbaar op de vervaldag. Indien de premie niet betaald werd, stelt de *maatschappij* de *verzekeringnemer* in gebreke per aangetekend schrijven. Voor deze ingebrekestelling rekent de *maatschappij* de *verzekeringnemer* een forfaitaire administratieve kost aan die twee en halve keer het officiële tarief van de aangetekende zending van De Post bedraagt. Na een termijn van 15 dagen volgend op de betekening van het aangetekend schrijven dat aan de betalingsplicht herinnert, is de waarborg geschorst, of is het contract beëindigd al naar gelang de bewoordingen van de ingebrekestelling.

In geval van schorsing wordt de waarborg opnieuw van kracht de dag na betaling van de achterstallige premies met inbegrip van taksen en kosten.

Artikel 28 – Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden of van het tarief

Indien de *maatschappij* de voorwaarden van een waarborg en/of het tarief wijzigt past zij dit toe vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag. De *maatschappij* verwittigt de *verzekeringnemer* minstens 4 maand voor de jaarlijkse vervaldag van deze polis, tenzij de *verzekeringnemer* bij een latere kennisgeving het recht krijgt, deze polis alsnog op te zeggen binnen een termijn van minstens 3 maanden te rekenen vanaf de dag van die kennisgeving.

Indien de *maatschappij* de *verzekeringnemer* minstens 4 maanden voor de jaarlijkse vervaldag verwittigt, kan deze de polis opzeggen binnen de 30 dagen na de datum van kennisgeving van de wijziging. In dat geval eindigt deze polis vanaf de eerstvolgende jaarlijkse vervaldag.

De hierboven vermelde opzegmogelijkheid bestaat niet wanneer de wijziging van de voorwaarden van een waarborg of van een tarief voortvloeit uit een algemene aanpassing die door een bevoegde overheid wordt opgelegd en waarvan de toepassing gelijk is voor alle verzekeringsmaatschappijen.

Artikel 29 – Aard en berekeningswijze van de premie

29.1. Als de premie forfaitair is, wordt ze vastgesteld bij het sluiten van de overeenkomst en is ze op elke vervaldatum vooruit betaalbaar. Ze kan in dezelfde verhouding wijzigen als het wettelijke plafond van de basisbezoldiging.

De *verzekeringnemer* verbindt zich ertoe iedere wijziging van de elementen die voor de berekening van de premie dienen aan de *maatschappij* aan te geven.

De *verzekeringnemer* verbindt zich ertoe de nieuwe premie, die in functie van de aldus meegedeelde elementen berekend werd, te accepteren.

29.2. Als de premie afrekenbaar is, dan is zij per vervallen termijn betaalbaar op basis van de elementen die in de bijzondere voorwaarden vermeld zijn.

1° De *verzekeringnemer* verbindt zich ertoe een voorschot te storten dat vooruit betaalbaar is in het begin van elke overeengekomen periode. Dit voorschot komt in mindering van de definitieve premie die op het einde van het boekjaar berekend wordt. Voor het eerste jaar wordt het voorschot bepaald in functie van de raming van de definitieve premie op grond van de elementen die voor de berekening van de premie van het jaar voordien dienen of, als de onderneming nog maar pas werd opgericht, volgens een evaluatie die in gemeenschappelijk overleg werd opgesteld. De lonen zullen aan de *maatschappij* aangegeven worden door de *verzekeringnemer* of zijn lasthebber. Deze verplichting wordt vervuld via de elektronische multifunctionele aangifte, of DMFA, die de werkgever of zijn lasthebber driemaandelijks doet via het netwerk van de sociale zekerheid.

Het gegeven "Activiteit in verband met het risico" van deze DMFA moet verplicht worden vermeld in geval de overeenkomst verschillende premievoeten bevat voor "Arbeiders" en/of "Bedienden", volgens de in het DMFA-glossarium bepaalde voorwaarden en frequentie.

De *maatschappij* behoudt zich echter het recht voor om jaarlijks of eerder, volgens een in de bijzondere voorwaarden vastgelegde termijn, een loonstaat te sturen aan de *verzekeringnemer* of zijn lasthebber.

De *verzekeringnemer* of zijn lasthebber is verplicht om deze loonstaat aan de *maatschappij* terug te sturen binnen de twee maanden na het einde van elke verzekeringsperiode.

De *maatschappij* maakt de afrekening op, door in voorkomend geval, het bedrag van de geïnde voorschotten af te trekken.

2° Als de *bezoldiging* niet conventioneel werd vastgesteld, omvat ze het brutoloon zonder enige afhouding, met inbegrip van alle voordelen. Ze mag geenszins lager zijn dan de gewaarborgde gemiddelde maandelijkse minimum of dan de *bezoldiging* die bij overeenkomst op het niveau van de onderneming of bij collectieve overeenkomst in de Nationale Arbeidsraad, in Paritair Comité of Subcomité, of in eender welk ander paritair orgaan gesloten collectieve overeenkomst die al dan niet door een

koninklijk besluit algemeen bindend is verklaard. De als vakantiegeld aan zowel bedienden als arbeiders uitgekeerde sommen, hoeven niet vermeld te worden op de bezoldigingsaangifte. De *maatschappij* vervangt ze door het bij de wetgeving inzake jaarlijkse vakantie vastgesteld percentage, in de mate waarin met het vakantiegeld rekening wordt gehouden voor de berekening van de prestaties in geval van schade. De aanvullende vakantiebijslagen en alle bedragen die een bestanddeel zijn van het loon, maar niet rechtstreeks door de *verzekeringnemer* worden betaald, worden eveneens in rekening gebracht onder de vorm van een percentage.

Voor de *begunstigden* wiens basisloon berekend wordt volgens de bepalingen van artikel 38 van de Wet, zelfs niet bezoldigde, wordt de premie berekend op basis van de gemiddelde *bezoldiging* van de meerderjarige werknemers van de beroepscategorie waartoe ze zouden behoren bij hun meerderjarigheid of bij het verstrijken van de leerovereenkomst, tenzij de werkelijke *bezoldiging* hoger is dan de desbetreffende *bezoldiging*.

3° Bij gebreke aan ontvangst van de behoorlijk ingevulde aangifte, binnen de 15 dagen van de herinneringsbrief van de *maatschappij*, wordt ambtshalve een afrekening gemaakt op basis van de premie van het jaar voordien, of als het om een eerste afrekening gaat, van de cijfers die bij de sluiting van de overeenkomst worden meegedeeld, in het ene en het andere geval, verhoogd met 50%.

Die automatische afrekening geschiedt onverminderd het recht van de *maatschappij* om de aangifte te eisen of de betaling te verkrijgen op basis van de werkelijke *bezoldigingen* teneinde de rekening van de *verzekeringnemer* te regulariseren. Wanneer de *verzekeringnemer* deze verplichting niet naleeft, kan de *maatschappij* de overeenkomst opzeggen.

4° De *maatschappij* zal de provisionele premie aanpassen, telkens de laatst gekende definitieve premie 20% hoger of lager ligt dan deze provisionele premie.

Artikel 30 – Niet-tewerkstelling van personeel

Wanneer de *verzekeringnemer* ertoe komt geen personen meer tewerk te stellen die aan de Wet zijn onderworpen, ongeacht of de activiteit wordt stopgezet of niet, meldt hij dat onmiddellijk aan de *maatschappij* en preciseert de juiste datum waarop de activiteiten van deze personen een einde nemen. De overeenkomst wordt door de *maatschappij* bij aangetekende brief opgezegd op de datum waarop zij er kennis van heeft, ten vroegste evenwel op de datum waarop de *verzekeringnemer* geen personeel meer tewerkstelt.

Indien de *verzekeringnemer* vóór het verstrijken van de vanaf de datum van de opzegging nog te lopen verzekeringsperiode opnieuw onderworpen personeel aanwerft, moet hij bij de *maatschappij* een nieuwe overeenkomst sluiten voor een periode die minstens gelijk is aan die nog te lopen periode.

De *maatschappij* dekt de onderworpen werknemers niet die opnieuw op activiteit gesteld worden vóór de sluiting van het door de vorige alinea voorziene nieuwe overeenkomst.

Artikel 31 – Verandering van verzekeringnemer

31.1. In geval van overlijden van de *verzekeringnemer*, wordt de overeenkomst ten gunste van de nieuwe titularissen van het verzekerde belang verder gezet die de premies moeten blijven betalen.

31.2. In geval van faillissement van de *verzekeringnemer* blijft de overeenkomst bestaan ten voordele van de massa van de schuldeisers, die jegens de *maatschappij* instaan voor de betaling van de premies die nog moeten vervallen na de faillietverklaring.

31.3. In geval van behoud van activiteit maar van verandering van natuurlijke of rechtspersoon onder eender welke juridische vorm ook en om een heel andere reden dan deze die hoger onder 31.1 en 31.2 beoogd worden, verbinden de *verzekeringnemer* of zijn erfgenamen of *rechthebbenden* zich ertoe de overeenkomst door hun opvolgers te laten verder zetten. Bij niet-naleving van deze verplichting, kan de *maatschappij* van de *verzekeringnemer* of van zijn erfgenamen of *rechthebbenden* los van de vervallen premies een opzeggingsvergoeding eisen die gelijk is aan de laatste jaarlijkse premie. De overeenkomst eindigt dan op de datum van die verandering of die overname.

De *maatschappij* mag evenwel de overdracht van de overeenkomst weigeren en het opzeggen. In dat geval moet de *maatschappij* de dekking van de overeenkomst garanderen tot de verstrijking van een termijn van een termijn van 45 dagen die begint te lopen de dag waarop de opzeggingsbrief die door de *maatschappij* aan de *verzekeringnemer* geadresseerd wordt bij de post wordt afgegeven.

De *maatschappij* behoudt dan het recht op de vervallen premies en bijdragen die overeenstemmen met de gedekte perioden.

Artikel 32 – Informatieplicht van de verzekeringnemer

De *verzekeringnemer* moet zowel bij het afsluiten van de overeenkomst als tijdens de duur van de overeenkomst het risico volledig en juist aan de *maatschappij* voorstellen. De *verzekeringnemer* moet in de loop van de overeenkomst de gegevens

meedelen die de risico's aanzienlijk en duurzaam verzwaren. Het niet naleven van deze verplichtingen kan leiden tot een vermindering van de tussenkomst van de *maatschappij* tegenover de *verzekeringnemer* conform de bepalingen van de wet van 25.6.1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

Dit kan leiden tot een verhaalsvordering op de *verzekeringnemer*.

Artikel 33 – Preventiemaatregelen

De *verzekeringnemer* zal alle nuttige maatregelen treffen of laten treffen om een schadegeval te voorkomen. Zonder afbreuk te doen aan de schikkingen voorzien in de artikels 4 en 17.9, behoudt de *maatschappij* zich het recht voor de overeenkomst op te zeggen indien de *verzekeringnemer* weigert de maatregelen ter preventie van de schadegevallen te treffen die zij nodig geacht heeft.

Artikel 34 – Medische verzorging en andere verplichtingen

Na het *ongeval* moeten zo vlug mogelijk de meest geschikte zorgen verstrekt worden. De *begunstigde* verbindt zich ertoe de geneesheren die vóór of na het *ongeval* zijn opgetreden van het beroepsgeheim ten opzichte van de *maatschappij* te onthouden, de door deze laatste gemandateerde geneesheren toe te laten de gewenste onderzoeken te verrichten en, in voorkomend geval, toestemming verlenen om over te gaan tot een autopsie op kosten van de *maatschappij*. Van haar kant verbindt de *maatschappij* zich ertoe de informatie en medische certificaten die door de behandelend geneesheer van de *begunstigde* verstrekt worden, met uitsluiting van iedere andere persoon, enkel aan haar raadgevend geneesheer mee te delen.

Artikel 35 – Verplichtingen van de verzekeringnemer en van de begunstigten in geval van schade

35.1. Elk *ongeval* wordt schriftelijk door de *verzekeringnemer* aan de *maatschappij* bekend gemaakt:

- in het kader van de wettelijke waarborg, binnen de door de Wet voorgeschreven termijn en vorm;
- in het kader van de waarborgen beschreven in de artikels 6 tot 10, ten laatste binnen de acht dagen van het zich voordoen van het schadegeval (48u. in geval van dodelijk ongeval).

De aangifte gebeurt op de documenten die door de *maatschappij* ter beschikking van de *verzekeringnemer* gesteld worden of via elektronische weg. Indien mogelijk, moet een medisch getuigschrift bij de aangifte gevoegd worden, zo niet moet het zo snel mogelijk naar de *maatschappij* gestuurd worden. Dit medisch getuigschrift van eerste vaststelling moet de aard en de plaats van de letsels vermelden en de eventuele voorlopige duur van de tijdelijke ongeschiktheid.

De *verzekeringnemer* en de *begunstigten* verstrekken de *maatschappij* zonder verwijl alle nuttige inlichtingen en documenten die zij vraagt. Zo nodig antwoorden zij op de verzoeken die tot hen gericht worden om de omstandigheden van het *ongeval* aan te geven en de omvang van de gevolgen ervan te bepalen.

35.2. De *maatschappij* behoudt zich het recht voor de verzekerde activiteit, de genomen preventiemaatregelen en de verklaringen ingevolge een schadegeval te onderzoeken en dit zelfs na het einde van de overeenkomst. De *verzekeringnemer* zal aan de afgevaardigden van de *maatschappij* toelating verlenen om zijn onderneming te bezoeken, zal hen alle documenten ter beschikking stellen die nuttig zijn voor hun controles en hen toelaten de personeelsleden te ondervragen.

De afgevaardigden van de *maatschappij* verbinden zich ertoe de aldus bekomen informatie enkel in het kader van deze overeenkomst te gebruiken.

Artikel 36 – Opzegging van de overeenkomst

I. De *maatschappij* kan het contract opzeggen:

- a. tegen het einde van elke verzekeringsperiode, overeenkomstig artikel 26;
- b. in geval van verzwijging of onjuiste mededeling in de aangifte bij de sluiting van het contract, overeenkomstig artikel 32;
- c. indien gedurende de loop van het contract het risico zo verzaamd is dat de verzekeraar, indien die verzwaring bij het sluiten van het contract had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, moet hij binnen een termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag waarop hij van de verzwaring kennis heeft gekregen, de wijziging van het contract voorstellen met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring.
Indien de verzekeraar het bewijs levert dat hij het verzaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, kan hij het contract opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van het contract wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, bij het verstrijken van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet wordt aanvaard, kan de verzekeraar het contract opzeggen binnen 15 dagen;

d. in geval van verzwaring van het risico in de loop van het contract, overeenkomstig artikel 32;

e. in geval van niet-betaling van de premie, voorschot op de premie, bijpremie of bijkomstigheden, overeenkomstig artikel 27;

f. na iedere aangifte van een schadegeval, maar ten laatste één maand na de eerste uitbetaling van de dagelijkse vergoeding of de weigering tot uitbetaling. In dit geval gaat de opzegging evenwel pas in na de verstrijking van het lopende verzekeringsjaar zonder dat deze termijn korter mag zijn dan 3 maanden, te rekenen vanaf de datum van betekening van de opzegging;

g. in geval van faillissement, kennelijk onvermogen of overlijden van de *verzekeringnemer*, overeenkomstig artikel 31;

h. in geval van niet-naleving door de *verzekeringnemer* van de verplichtingen die te zijnen laste gelegd worden waarvan sprake in de artikelen 33 en 34;

i. ingeval van niet nakoming van de aangifte van de bezoldigingen binnen de in artikel 29 genoemde termijnen.

2. De verzekeringnemer kan het contract opzeggen:

a. tegen het einde van elke verzekeringsperiode, overeenkomstig artikel 26;

b. na iedere aangifte van een ongeval, maar ten laatste een maand na de betekening door de *maatschappij* van de eerste betaling van de dagelijkse vergoedingen of van de weigering tot betaling van de vergoeding. Deze bepaling is niet van toepassing op de verzekeringscontracten met een duur van drie jaar, die met ondernemingen gesloten zijn waarvan het gemiddelde jaarlijkse personeelsbestand hoger ligt dan honderd of die een loonmassa laten verzekeren van meer dan honderd maal de jaarlijkse basisbezoldiging die in artikel 39 van de Wet beoogd wordt;

c. in geval van wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en van het tarief of gewoon van het tarief, overeenkomstig artikel 28;

d. in geval van vermindering van het risico: wanneer in de loop van het contract het risico dat het verzekerde voorval zich zou voordoen, aanzienlijk en blijvend vermindert en wel zo dat de *maatschappij*, indien die vermindering bij het sluiten van het contract had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, kent zij een overeenkomstige vermindering van de premie toe vanaf de dag waarop zij van de vermindering van het risico kennis heeft gekregen.

Indien de contractanten het over de nieuwe premie niet eens worden binnen een maand te rekenen vanaf de aanvraag tot vermindering door de *verzekeringnemer*, kan deze laatste het contract opzeggen;

e. indien gedurende de loop van het contract het risico zo verzwaaard is dat de verzekeraar, indien die verzwaring bij het sluiten van het contract had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, moet hij binnen een termijn van één maand, te rekenen vanaf de dag waarop hij van de verzwaring kennis heeft gekregen, de wijziging van het contract voorstellen met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring.

Indien de verzekeraar het bewijs levert dat hij het verzwaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, kan hij het contract opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van het contract wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, bij het verstrijken van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet wordt aanvaard, kan de verzekeraar het contract opzeggen binnen 15 dagen;

3. Zonder afbreuk te doen aan andere bepalingen, gebeurt de opzegging bij aangetekende brief. Behoudens in de gevallen die beoogd worden in de artikels 26, 27 en 28, heeft de opzegging pas uitwerking na het verstrijken van een termijn van een maand te rekenen vanaf de dag na de betekening ervan of van de datum van het ontvangstbewijs of, in geval van een aangetekende brief vanaf de dag na die waarop hij bij de post wordt afgegeven.

In het kader van de Wettelijke waarborg (titel I), is de opzegging van het contract wegens schadegeval ten gunste van de *maatschappij* of van de *verzekeringnemer* slechts effectief na verstrijking van het lopende verzekeringsjaar zonder dat die termijn minder dan drie maanden mag tellen te rekenen vanaf het ogenblik van de bekendmaking van de opzegging bij aangetekende brief bij de post.

In het kader van de Optionele waarborgen (titel II) gaat de opzegging van het contract na aangifte van een schadegeval in bij de betekening ervan als de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* één van de verplichtingen die ontstaan zijn door het schadegeval niet zijn nagekomen om de *maatschappij* te misleiden.

Het premiegedeelte dat overeenstemt met de periode na de inwerkingtreding van de opzegging wordt door de *maatschappij* terugbetaald.

4. De bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 10 april 1971 op de Arbeidsongevallen zijn van toepassing wat betreft de voorwaarden, modaliteiten en termijnen volgens welke de werkgever of de verzekeraar een einde maakt aan het verzekeringscontract.

Artikel 37 – Schade door daden van terrorisme

De *maatschappij* dekt in bepaalde gevallen de schade veroorzaakt door terrorisme. De *maatschappij* is hiertoe lid van de VZW TRIP, met maatschappelijke zetel gevestigd te 1000 Brussel, de Meeûssquare 29.

Indien de *maatschappij* wettelijk gehouden is tot het verlenen van dekking voor schade veroorzaakt door een daad van terrorisme dan blijft evenwel schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern, uitgesloten.

Overeenkomstig de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, wordt de uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van de VZW, beperkt tot 1 miljard EUR per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar. Deze beperking is niet van toepassing voor de Wettelijke waarborg. Dit bedrag wordt elk jaar aangepast op 1 januari volgens de ontwikkeling van het indexcijfer der consumptieprijsen. Het basisindexcijfer is dit van december 2005, d.i. 145,93 (basis 1988 = 100).

In geval van wettelijke of reglementaire wijziging van dit basisbedrag, zal het gewijzigde bedrag automatisch van toepassing zijn vanaf de eerstvolgende vervaldag na de wijziging, tenzij de wetgever uitdrukkelijk in een andere overgangsregeling voorziet. Indien het totaal van de berekende of geraamde schadevergoedingen groter is dan het bedrag genoemd in de vorige alinea, wordt een evenredigheidsregel toegepast: de uit te keren schadevergoedingen worden beperkt ten belope van de verhouding van het bedrag genoemd in de vorige alinea of de nog beschikbare middelen voor dat kalenderjaar ten opzichte van de uit te keren schadevergoedingen toegerekend aan dat kalenderjaar.

Uitbetalingsregeling: overeenkomstig voornoemde wet van 1 april 2007, beslist het Comité of een gebeurtenis beantwoordt aan de definitie van terrorisme. Opdat het bedrag genoemd in de paragraaf “Lidmaatschap van TRIP” niet zou worden overschreden, bepaalt dit Comité, ten laatste zes maanden na de gebeurtenis, het percentage van de schadevergoeding dat door de verzekeringsondernemingen die lid zijn van de VZW ingevolge de gebeurtenis dient te worden vergoed. Het Comité kan dit percentage herzien.

Ten laatste op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar van de gebeurtenis, neemt het Comité een definitieve beslissing omtrent het uit te betalen percentage van schadevergoeding.

De verzekerde of de *begunstigde* kan tegenover de *maatschappij* pas aanspraak maken op de schadevergoeding nadat het Comité het percentage heeft vastgesteld. De *maatschappij* betaalt het verzekerde bedrag uit overeenkomstig het percentage vastgesteld door het Comité.

Indien het Comité het percentage verlaagt, zal de verlaging van de schadevergoeding niet gelden voor de reeds uitgekeerde schadevergoedingen, noch voor de nog uit te keren schadevergoedingen waarvoor de *maatschappij* reeds een beslissing aan de verzekerde of de *begunstigde* heeft meegedeeld.

Indien het Comité het percentage verhoogt, geldt de verhoging van de schadevergoeding voor alle aangegeven schadegevallen voortvloeiend uit de gebeurtenis erkend als terrorisme.

Indien het Comité vaststelt dat het bedrag genoemd in de paragraaf “Lidmaatschap van TRIP” hierboven onvoldoende is voor het vergoeden van alle geleden schade of over onvoldoende elementen beschikt om te oordelen of dit bedrag voldoende is, wordt de schade aan personen bij voorrang vergoed. De morele schadevergoeding wordt na alle andere schadevergoedingen vergoed.

Elke beperking, uitsluiting en/of spreiding in de tijd van de uitvoering van verbintenissen van de *maatschappij*, bepaald in een koninklijk besluit, zal van toepassing zijn overeenkomstig de modaliteiten voorzien in dat koninklijk besluit.

Artikel 38 – Verbintenissen aangegaan door de tussenpersoon

De verklaringen van de *verzekeringnemer* of van de verzekerde opgenomen in het voorstel of in de bijzondere voorwaarden dienen tot basis van de verzekering.

Verbintenissen aangegaan door de tussenpersoon zijn de *maatschappij* niet tegenstelbaar indien die verbintenissen niet in deze overeenkomst werden opgenomen. Geen enkele bijvoeging, wijziging aan de tekst of afwijking van de voorwaarden is geldig indien zij niet bekrachtigd is door de *maatschappij*.

Artikel 39 – Hiërarchie van de bepalingen in deze overeenkomst

De bijzondere voorwaarden hebben voorrang op de algemene voorwaarden en vervangen ze in de mate dat ze er strijdig mee zijn.

Artikel 40 – Woonplaats, mededelingen en kennisgevingen

De overeenkomst is aan de Belgische wetgeving onderworpen. De voor de *maatschappij* bestemde mededelingen en kennisgevingen moeten gedaan worden aan één van haar exploitatiezetels in België of aan elke met dat doel in de bijzondere voorwaarden aangewezen persoon.

De voor de *verzekeringnemer*, erfgenamen of rechtverkrijgenden bestemde mededelingen en kennisgevingen worden geldig gedaan aan het laatste door de *maatschappij* gekende adres.

Artikel 41 – Bevoegde rechtsmacht

Enkel de Belgische rechtsinstanties zijn bevoegd inzake geschillen met betrekking tot deze overeenkomst.

WET VAN 10-04-1971 INZAKE ARBEIDSONGEVALLEN (UITTREKSELS)

Art. 6

§ 1. De nietigheid van de arbeidsovereenkomst kan niet worden ingeroepen ten aanzien van de toepassing van deze wet.

§ 2. Elke overeenkomst strijdig met de bepalingen van deze wet is van rechtswege nietig.

§ 3. De rechter ziet bij uitspraak over de rechten van de getroffene en zijn *rechthebbenden* ambtshalve na of de bepalingen van deze wet nageleefd worden.

Art. 10

Wanneer de getroffene ingevolge het arbeidsongeval overlijdt, wordt een vergoeding voor begrafeniskosten toegekend die gelijk is aan dertigmaal het gemiddelde dagloon. In geen geval mag die vergoeding evenwel minder bedragen dan het bedrag van de overeenkomstige vergoeding dat, op de dag van het overlijden, wordt toegekend met toepassing van de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 11

Benevens de vergoeding voor begrafeniskosten draagt de verzekeringsonderneming de kosten voor het overbrengen van de overledene getroffene naar de plaats waar de familie haar overledene wenst te laten begraven. De verzekeringsonderneming zorgt tevens voor de overbrenging, met inbegrip van de vervulling van de administratieve formaliteiten.

Art. 12

Wanneer de getroffene ten gevolge van het arbeidsongeval overlijdt, wordt een lijfrente, gelijk aan 30% van diens basisloon toegekend:

1° aan de echtgenoot die op het tijdstip van het ongeval noch uit de echt, noch van tafel en bed is gescheiden, of aan de persoon die op het tijdstip van het ongeval wettelijk samenwoont met de getroffene;

2° aan de echtgenoot die op het tijdstip van het overlijden van de getroffene noch uit de echt, noch van tafel en bed gescheiden is, of aan de persoon die op het tijdstip van het overlijden van de getroffene wettelijk met hem samenwoont, op voorwaarde dat:

- a) het huwelijk of de wettelijke samenwoning gesloten na het ongeval minstens één jaar vóór het overlijden van de getroffene plaatsvond of;
- b) uit het huwelijk of de wettelijke samenwoning een kind is geboren of;
- c) op het ogenblik van het overlijden een kind ten laste is waarvoor één van de echtgenoten of één van de wettelijk samenwonenden kinderbijslag ontvangt. De overlevende die uit de echt of van tafel en bed gescheiden is en die een wettelijk of conventioneel onderhoudsgeld genoot ten laste van de getroffene, alsmede de langstlevende partner van een ontbonden wettelijke samenwoning die een conventioneel onderhoudsgeld genoot ten laste van de getroffene, heeft eveneens recht op de lijfrente als bedoeld in het eerste lid, zonder dat die rente meer mag bedragen dan het onderhoudsgeld.

Art. 13

§ 1. De kinderen van de getroffene, die wees zijn van vader of moeder, ontvangen elk een rente die gelijk is aan 15% van het basisloon zonder dat het totaal 45% van dit loon mag overschrijden.

§ 2. De kinderen van de echtgenoot of van de wettelijk samenwonende partner van de getroffene, die wees zijn van vader of moeder, ontvangen elk een rente die gelijk is aan 15% van het basisloon zonder dat het totaal 45% van dit loon mag overschrijden, indien ze geboren of verwekt zijn op het ogenblik van het overlijden van de getroffene.

§ 3. De bij § 1 en § 2 bedoelde kinderen, die wees zijn van vader en moeder, ontvangen elk een rente die gelijk is aan 20% van het basisloon zonder dat het totaal 60% van dit loon mag overschrijden.

§ 4. Kinderen van wie de afstamming slechts ten aanzien van één van hun ouders vaststaat, worden voor de toepassing van dit artikel met wezen gelijkgesteld.

§ 5. [...]

§ 6. De rente die bij toepassing van § 2 en § 3 wordt toegekend aan de kinderen van de echtgenoot of van de wettelijk samenwonende partner van de getroffene, wordt verminderd met het bedrag van de rente die aan voornoemde kinderen wegens een ander dodelijk arbeidsongeval wordt toegekend. Het totaal bedrag van de aldus verminderde rente en van de andere rente mag evenwel niet lager zijn dan het bedrag van de rente toegekend aan de kinderen van de getroffene.

Art. 14

§ 1. De kinderen die vóór het overlijden door één persoon zijn geadopteerd ontvangen een rente die voor ieder kind gelijk is aan 20% van het basisloon van de overleden adoptant, zonder dat het totaal 60% van dit loon mag overschrijden.

§ 2. De kinderen die door twee personen zijn geadopteerd ontvangen voor ieder kind, een rente gelijk aan:

- a) 15% van het basisloon zo één van de adoptanten de andere overleeft, zonder dat het totaal 45% van dit loon mag overschrijden;
- b) 20% van het basisloon zo één van de adoptanten vóóroverleden is, zonder dat het totaal 60% van dit loon mag overschrijden.

§ 3. De geadopteerden die overeenkomstig de bepalingen van artikel 365 van het Burgerlijk Wetboek rechten kunnen doen gelden in hun oorspronkelijke familie en in hun adoptieve familie mogen de rechten, waarop zij in elke van deze families aanspraak kunnen maken, niet samenvoegen. Zij mogen echter kiezen tussen de rente, waarop zij recht hebben in hun oorspronkelijke of in hun adoptieve familie. De geadopteerden kunnen steeds op hun keuze terugkomen wanneer zich in hun oorspronkelijke of in hun adoptieve familie een nieuw *ongeval* met dodelijke afloop voordoet.

§ 4. Ingeval van samenloop van de belangen van de geadopteerde kinderen met die van de andere kinderen mag de rente toegekend aan de geadopteerde kinderen niet hoger zijn dan deze toegekend aan de andere kinderen.

§ 5. De bepalingen van dit artikel vinden eveneens toepassing in de gevallen bedoeld bij artikel 355 van het Burgerlijk Wetboek.

Art. 15

§ 1. De vader en de moeder van de getroffene die op het tijdstip van het overlijden noch echtgenoot noch wettelijk samenwonende partner, noch rechthebbende kinderen nalaat, ontvangen ieder een lijfrente gelijk aan 20% van het basisloon. Laat de getroffene op het tijdstip van het overlijden een echtgenoot of een wettelijk samenwonende partner zonder rechthebbende kinderen na, dan is de rente voor ieder van de in het vorige lid bedoelde rechtverkrijgenden gelijk aan 15% van het basisloon. De adoptanten hebben dezelfde rechten als de ouders van de getroffene.

§ 2. Bij vóóroverlijden van de vader of de moeder van de getroffene ontvangt ieder van de bloedverwanten in opgaande lijn van de vóóroverledene een rente gelijk aan:

- a) 15% van het basisloon zo er noch echtgenoot noch een wettelijk samenwonende partner, noch rechthebbende kinderen zijn;
- b) 10% van het basisloon zo er een echtgenoot of een wettelijk samenwonende partner zonder rechthebbende kinderen is.

Art. 16

De kleinkinderen van de getroffene die geen rechthebbende kinderen nalaat, ontvangen zo hun vader of hun moeder overleden is, een rente voor ieder van hen gelijk aan 15% van het basisloon, zonder dat het totaal 45% van dit loon mag overschrijden. Zo hun vader en moeder overleden zijn ontvangen zij een rente voor ieder van hen gelijk aan 20% van het basisloon, zonder dat het totaal 60% van dit loon mag overtreffen. Indien er rechthebbende kinderen zijn, hebben de kleinkinderen, die wees van vader of moeder zijn, bij staken, gelijke rechten als de kinderen; de rente toegekend aan elke staak van kleinkinderen wordt op 15% bepaald en bij hoofden verdeeld. Zo de kleinkinderen bedoeld in voorgaand lid wees van vader en moeder zijn, wordt de rente per staak gebracht op 20%. De rente toegekend aan de kleinkinderen wordt verminderd met het bedrag van de rente die aan voornoemde kleinkinderen wegens een ander arbeidsongeval werd toegekend. Met kleinkinderen worden gelijkgesteld, voor zover zij nog niet gerechtigd zijn op rente wegens hetzelfde dodelijk arbeidsongeval, de kinderen waarvoor uit hoofde van de prestaties van de getroffene of van de echtgenoot of van de wettelijk samenwonende partner kinderbijslag werd genoten, zelfs zo hun vader en moeder nog in leven zijn. Laat de getroffene geen rechthebbende kinderen na, dan ontvangt ieder van hen een rente gelijk aan 15% van het basisloon, zonder dat het totaal 45% van het basisloon mag overschrijden. Indien de getroffene rechthebbende kinderen of kleinkinderen nalaat, worden de met kleinkinderen gelijkgestelde kinderen geacht een staak te vormen. De rente toegekend aan deze staak wordt bepaald op 15% en wordt verdeeld per hoofd.

Art. 17

De broeders en zusters van de getroffene die geen andere *rechthebbenden* nalaat ontvangen ieder een rente gelijk aan 15% van het basisloon, zonder dat het totaal 45% van dit loon mag overschrijden.

Art. 17bis

Zo de afstamming vastgesteld wordt na het overlijden van de getroffene en indien deze afstamming een invloed heeft op de rechten van andere rechthebbenden, heeft ze pas uitwerking voor de toepassing van deze afdeling vanaf de dag waarop de definitieve beslissing die de afstamming vaststelt, aan de verzekeringsonderneming wordt betekend. Indien de rechten van andere recht heb-ben den door een overeenkomst of een gerechtelijke beslissing werden vastgesteld, wordt de wijziging van deze rechten door een nieuwe overeenkomst of door een nieuwe gerechtelijke beslissing vastgesteld.

Art. 18

Indien het aantal begunstigden bedoeld in de artikelen 13, 14, 16 of 17 groter is dan 3, wordt het tarief van 15% of 20% verminderd voor elke persoon die gerechtigd is door het te vermenigvuldigen met een breuk met als teller 3 en voor de noemer het aantal begunstigden.

De maximale tarieven van 45% en 60% blijven van toepassing op alle begunstigden zolang deze niet minder zijn dan 3. Als er maar twee begunstigden blijven, heeft elk van hen recht op een vergoeding van 15 of 20%.

Voor de toepassing van dit artikel wordt elke staak beschouwd als een eenheid, in het in artikel 16, leden 3, 4 en 6 bedoelde geval.

Art. 19

De kinderen, kleinkinderen, broeders en zusters ontvangen een rente zolang zij gerechtigd zijn op kinderbijslag en in ieder geval tot hun 18 jaar. De rente is verschuldigd tot op het einde van de maand waarin het recht vervalt. Onverminderd de bepalingen van het eerste en tweede lid, ontvangen de gehandicapte kinderen, kleinkinderen, broers en zusters een rente overeenkomstig de voorwaarden bepaald door de Koning. De Koning bepaalt eveneens de wijze waarop de ontoereikendheid van de vermindering van de lichamelijke of geestelijke geschiktheid van deze rechthebbenden wordt vastgesteld.

Art. 20

De bloedverwanten in de opgaande lijn, de kleinkinderen en de broeders en zusters ontvangen de rente alleen wanneer zij rechtstreeks voordeel uit het loon van de getroffene haalden. Worden als zodanig aangezien degenen die onder hetzelfde dak woonden. Is de getroffene een leerling die geen loon genoot, dan hebben bovenvermelde personen niettemin recht op de rente zo zij onder hetzelfde dak woonden.

Art. 20bis

Voor de bloedverwanten in opgaande lijn is de rente verschuldigd tot op het ogenblik waarop de getroffene de leeftijd van 25 jaar zou bereikt hebben, tenzij zij het bewijs leveren dat de getroffene voor hen de belangrijkste kostwinner was. De getroffene wordt als de belangrijkste kostwinner beschouwd wanneer het gedeelte van zijn inkomen dat effectief diende als bijdrage, zowel in geld als in natura, in het onderhoud van de bloedverwanten in opgaande lijn op het ogenblik van het ongeval meer bedroeg dan het geglobaliseerd inkomen van de bloedverwanten in opgaande lijn, waarin de bijdrage, zowel in geld als in natura, van de getroffene niet is begrepen. Bij de vaststelling van de financiële bijdrage, zowel in geld als in natura, van de getroffene worden de kosten voor zijn eigen onderhoud niet in aanmerking genomen.

Art. 21

De bij de artikelen 12 tot 17 bedoelde renten zijn verschuldigd vanaf de dag van het overlijden van de getroffene.

AFDELING II ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Art. 22

Wanneer het ongeval een tijdelijke en algehele arbeidsongeschiktheid veroorzaakt, heeft de getroffene, vanaf de dag die volgt op het begin van die arbeidsongeschiktheid, recht op een dagelijkse vergoeding gelijk aan 90% van het gemiddeld dagbedrag. Voor de dag waarop het ongeval zich voordoet of de arbeidsongeschiktheid aanvangt, is de vergoeding gelijk aan het normaal dagloon, verminderd met het loon dat de getroffene eventueel heeft verdiend.

Art. 23

Ingeval de tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedeeltelijk is of wordt, kan de verzekeringsonderneming aan de werkgever vragen de mogelijkheid van een wedertewerkstelling te onderzoeken, hetzij in het beroep dat de getroffene voor het ongeval uitoefende, hetzij in een passend beroep dat voorlopig aan de getroffene kan worden opgedragen. De wedertewerkstelling kan slechts gebeuren na een gunstig advies van de arbeidsgeneesheer wanneer dit advies voorgeschreven wordt in het algemeen reglement voor de arbeidsbescherming of wanneer de getroffene zichzelf niet geschikt acht om het werk te hervatten. Indien de getroffene de wedertewerkstelling aanvaardt, heeft hij recht op een vergoeding die gelijk is aan het verschil tussen het loon verdiend vóór het ongeval en het loon dat hij ingevolge zijn wedertewerkstelling ontvangt. De getroffene geniet, tot de dag van zijn volledige wedertewerkstelling of van de consolidatie, de vergoeding voor tijdelijke, algehele arbeidsongeschiktheid: 1° wanneer hij niet opnieuw te werk wordt gesteld maar zich onderwerpt aan een behandeling, die hem met het oog op zijn wederaanpassing wordt voorgesteld; 2° wanneer hij niet opnieuw aan het werk wordt gesteld en hem geen behandeling met het oog op zijn wederaanpassing wordt voorgesteld; 3° wanneer hij de hem aangeboden wedertewerkstelling of de voorgestelde behandeling om een geldige reden weigert of stopzet. Ingeval de getroffene zonder geldige reden de hem aangeboden wedertewerkstelling weigert of voortijdig verlaat, heeft hij recht op een vergoeding die overeenstemt met zijn graad van arbeidsongeschiktheid, berekend naar zijn arbeidsmogelijkheden in zijn oorspronkelijk of voorlopig aangeboden beroep. Ingeval de getroffene zonder geldige redenen de behandeling die hem met het oog op zijn wederaanpassing wordt voorgesteld weigert of voortijdig verlaat, dan heeft hij recht op een vergoeding die overeenstemt met zijn graad van arbeidsongeschiktheid, berekend naar zijn arbeidsmogelijkheden in zijn oorspronkelijk beroep of in een voorlopig beroep dat hem, op de wijze bepaald in het eerste lid, schriftelijk toegezegd wordt voor het geval hij de behandeling zou volgen. Gedurende de tijd nodig om de procedure van wedertewerkstelling, beschreven in dit artikel, te volgen heeft de getroffene recht op vergoeding voor tijdelijke algehele arbeidsongeschiktheid.

Art. 23bis

Onverminderd de bepalingen van artikel 39 worden na een termijn van drie maanden, te rekenen van de dag van het ongeval, de vergoedingen bedoeld bij de artikelen 22 en 23, aangepast aan het indexcijfer der consumptieprijsen, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen,

toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmede rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld. Voor de toepassing van het voorgaande lid, wordt de dagelijkse vergoeding gekoppeld aan de spilindex die op de datum van het ongeval van kracht is bij toepassing van artikel 4, § 1, van de voornoemde wet van 2 augustus 1971.

Art. 24

Indien de verzekeringsonderneming de getroffenene genezen verklaart zonder blijvende arbeidsongeschiktheid bij een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van meer dan zeven dagen, geeft de verzekeringsonderneming van deze beslissing aan de getroffenene kennis volgens de nadere regels bepaald door de Koning. Indien de tijdelijke arbeidsongeschiktheid meer dan dertig dagen bedraagt, wordt de beslissing van de verzekeringsonderneming tot genezenverklaring zonder blijvende arbeidsongeschiktheid van de getroffenene gestaafd door een medisch getuigschrift opgesteld door een geneesheer geraadpleegd door de getroffenene of door de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming volgens het model bepaald door de Koning. Indien de getroffenene zonder kennisgeving van een geldige reden en na een aangetekende ingebrekestelling door de verzekeringsonderneming afwezig blijft op het onderzoek bij de raadsgeneesheer van de verzekeringsonderneming, kan de verzekeringsonderneming de getroffenene in kennis stellen van zijn beslissing tot genezenverklaring. Indien de arbeidsongeschiktheid blijvend is of wordt, vervangt een jaarlijkse vergoeding van 100%, berekend op het basisloon en de graad van de ongeschiktheid, de dagelijkse vergoeding vanaf de dag waarop de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont; dit vertrekpunt wordt vastgesteld bij een overeenkomst tussen partijen of bij een in kracht van gewijsde gegane beslissing. In afwijking op de bepalingen van het vorige lid wordt deze jaarlijkse vergoeding verminderd met 50%, indien de graad van ongeschiktheid minder dan 5% bedraagt en met 25% verminderd indien de graad van ongeschiktheid 5% of meer, maar minder dan 10% bedraagt. Indien de toestand van de getroffenene volstrekt de geregelde hulp van een ander persoon vergt, kan hij aanspraak maken op een bijkomende jaarlijkse vergoeding, die vastgesteld wordt in functie van de noodzakelijkheid van deze hulp op basis van het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon zoals het op het ogenblik dat de ongeschiktheid een bestendig karakter vertoont, is vastgesteld bij een collectieve arbeidsovereenkomst die afgesloten is in de Nationale Arbeidsraad voor een voltijdse werknemer die minstens eenentwintig en een half jaar oud is en die ten minste zes maanden anciënniteit heeft in de onderneming die hem tewerkstelt. Het jaarlijks bedrag van deze bijkomende vergoeding mag het bedrag van het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon, vermenigvuldigd met 12, niet overschrijden. Als het gebruik van een prothese of een orthopedisch toestel dat ten laste genomen wordt door de verzekeringsonderneming en waarin niet voorzien werd op het ogenblik van de regeling van het arbeidsongeval, een weerslag heeft op de graad van behoefte aan de geregelde hulp van een ander persoon, kan deze graad herzien worden door een overeenkomst tussen partijen of door een in kracht van gewijsde gegane beslissing, zelfs na het verstrijken van de termijn bedoeld in artikel 72. Bij opneming van de getroffenene, ten laste van de verzekeringsonderneming, in een ziekenhuis zoals omschreven in artikel 2 van de bij koninklijk besluit van 7 augustus 1987 gecoördineerde wetgeving op de ziekenhuizen is de vergoeding voor de hulp van derden, bedoeld in vorig lid, niet meer verschuldigd vanaf de 91e dag ononderbroken opneming. Bij het verstrijken van de herzieningstermijn, bedoeld bij artikel 72 wordt de jaarlijkse vergoeding door een lijfrente vervangen.

Art. 24bis

Voor de ongevallen overkomen vóór 1 januari 1988 kan de vergoeding voor de hulp van derde door de verzekeringsonderneming op grond van artikel 24, zevende lid, slechts ingehouden worden tot het einde van de in artikel 72 bepaalde termijn. Bij opneming van de getroffenene ten laste van het Fonds in een ziekenhuis, na het einde van de in artikel 72 bedoelde termijn, zijn de indexatie of de vergoeding niet meer verschuldigd vanaf de 91e dag ononderbroken opneming en dit tot beloop van de vergoeding voor de hulp van derden bedoeld in artikel 24, vierde lid, verhoogd met de indexatie of de vergoeding voor deze verstrekking. Voor arbeidsongevallen die vóór 1 januari 1988 zijn overkomen, in geval van tenlasteneming door het Fonds, na het verstrijken van de in artikel 72 bedoelde termijn, van een prothese of een orthopedisch toestel waarin niet voorzien is op het ogenblik van de regeling van het arbeidsongeval en waarvan het gebruik een weerslag heeft op de graad van behoefte aan de geregelde hulp van een derde persoon, wordt het recht van de getroffenene op de indexaanpassingen en bijslagen ten laste van het Fonds overeenkomstig de door de Koning bepaalde voorwaarden berekend in functie van deze weerslag.

Art. 24ter

Voor de toepassing van artikel 24, zesde lid, en 24bis, tweede lid, van deze wet wordt iedere nieuwe opneming binnen 90 dagen volgend op het einde van de voorgaande opneming, beschouwd als een voortzetting van deze laatste.

Art. 25

Indien de blijvende arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door het arbeidsongeval zodanig verergert dat de getroffenene het beroep, waarin hij gereclasseerd werd, tijdelijk niet meer kan uitoefenen, heeft hij gedurende deze periode recht op de vergoedingen zoals bepaald in de artikelen 22, 23 en 23bis. Met deze toestand worden gelijkgesteld alle periodes nodig om de medische en professionele revalidatiemaatregelen, met inbegrip van alle problemen gesteld door de prothesen, te herzien of te hernemen, wanneer dit de uitoefening van het beroep, waarin de getroffenene gereclasseerd was, tijdelijk, geheel of

gedeeltelijk onmogelijk maakt. Ingeval deze tijdelijke verergerings toestanden zich voordoen na de termijn bepaald bij artikel 72, zijn deze vergoedingen slechts verschuldigd bij een blijvende arbeidsongeschiktheid van ten minste 10%.

Art. 25bis

Voor de ongevallen overkomen vóór 1 januari 1988 worden, in geval de in artikel 25, derde lid, bedoelde tijdelijke verergeringstoestanden zich voordoen na de termijn bepaald bij artikel 72 bij een blijvende arbeidsongeschiktheid van ten minste 10% de vergoedingen vastgesteld en uitgekeerd door het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Art. 25ter

Indien de werkgever overeenkomstig de artikelen 52, 70 of 71 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten gewaarborgd loon verschuldigd is aan de getroffene voor een arbeidsongeval overkomen in dienst van een andere werkgever wordt hij in de rechten gesteld van de getroffene volgens de door de Koning bepaalde modaliteiten. In dit geval bepaalt de Koning aan wie de vergoedingen voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid die betrekking hebben op de periode die door het gewaarborgd loon wordt gedekt, worden uitbetaald.

Art. 26

Indien de getroffene prothesen of orthopedische toestellen nodig heeft, maakt de genezenverklaring zonder blijvende arbeidsongeschiktheid het voorwerp uit van een overeenkomst tussen partijen of van een in kracht van gewijsde gegane beslissing. De getroffene heeft recht op de herstellings- en vervangingskosten van de prothesen en orthopedische toestellen, waaraan het ongeval schade heeft veroorzaakt. Deze bepaling geldt eveneens indien het ongeval geen letsel heeft veroorzaakt. Zo de getroffene ten gevolge van de in het eerste lid bedoelde schade een tijdelijke arbeidsongeschiktheid oploopt, heeft hij tijdens de periode die voor het herstellen of het vervangen van de prothesen en orthopedische toestellen nodig is, recht op de vergoedingen bepaald in de artikelen 22, 23 of 23bis.

Art. 27

Voor de dagen waarop de getroffene op verzoek van de verzekeringsonderneming of van een arbeidsgerechtigd arbeid onderbreekt met het oog op een onderzoek voortvloeiend uit het ongeval, is door de verzekeringsonderneming aan de getroffene een vergoeding verschuldigd gelijk aan het normale dagloon, verminderd met het loon dat de getroffene eventueel heeft verdiend. Voor de toepassing van de sociale wetgeving worden de dagen van arbeidsonderbreking gelijkgesteld met dagen van werkelijke arbeid. Het eerste lid is eveneens van toepassing voor het Fonds voor Arbeidsongevallen.

AFDELING III BIS BIJSLAGEN

Art. 27bis

De renten bedoeld bij de artikelen 12 tot en met 17 en de jaarlijkse vergoedingen en renten voor een arbeidsongeschiktheid van ten minste 10% worden aangepast aan het indexcijfer der consumptieprijzen, overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld. Deze jaarlijkse vergoedingen of de werkelijk uitbetaalde renten worden gekoppeld aan de spilindex die op de datum van het ongeval van kracht is bij toepassing van artikel 4, § 1, van de voormelde wet van 2 augustus 1971. Het eerste en tweede lid vinden geen toepassing op de jaarlijkse vergoedingen en renten die overeenstemmen met een graad van blijvende arbeidsongeschiktheid van 10% tot minder dan 16 %, en waarvan de waarde in kapitaal wordt uitbetaald aan het Fonds voor Arbeidsongevallen in toepassing van artikel 45quater, derde en vierde lid. In afwijking van het voorgaande lid worden voor de in artikel 45quater, derde en vierde lid, bedoelde ongevallen, die zijn overkomen vóór 1 januari 1997, de jaarlijkse vergoedingen overeenstemmend met een graad van arbeidsongeschiktheid van 10 pct. tot minder dan 16 pct. aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen tot op de datum van 1 januari 1997. In afwijking van het eerste en het tweede lid volgen de jaarlijkse vergoeding en de in artikel 24, vierde lid, bedoelde rente, de indexaanpassingen en de aanpassingen van het gewaarborgd gemiddeld maandelijks minimumloon, zoals die voortvloeien uit de in voormeld artikel bedoelde collectieve arbeidsovereenkomst. Aan sommige categorieën van getroffenen of hun rechthebbenden worden daarenboven bijlagen verleend waarvan het bedrag en de toekenningsvoorwaarden bepaald worden door de Koning.

Art. 27ter

Voor de ongevallen overkomen vóór 1 januari 1988 zijn de indexatie, de aanpassingen en de bijlagen bedoeld in artikel 27bis en voor de ongevallen bedoeld bij artikel 45quater zijn de door de Koning bepaalde bijlagen ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Art. 27quater

De door een ongeval getroffene en de rechthebbenden bedoeld in de artikelen 12 tot en met 17, kunnen ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen aanspraak maken op een bijzondere bijslag, zo het bewijs geleverd wordt dat het ongeval op het ogenblik van het schadelijk feit, geen aanleiding gaf tot schadeloosstelling als arbeidsongeval of als ongeval op de weg naar en van het werk, terwijl de toepassing van de wet op het ogenblik van de aanvraag geleid zou hebben tot toekenning van een rente. De Koning bepaalt het bedrag en de toekenningsmodaliteiten van de bijzondere bijslag, alsmede de voorwaarden inzake de tegemoetkoming van het Fonds aan de gerechtigden op de bijzondere bijslag inzake de tenlasteneming van de periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid, van de medische, heelkundige, farmaceutische en verplegingszorgen, alsook van de prothesen en orthopedische toestellen die ingevolge het ongeval nodig zijn.

AFDELING III GENEESKUNDIGE VERZORGING

Art. 28

De getroffene heeft recht op de geneeskundige, heelkundige, farmaceutische en verplegingszorgen en, onder de voorwaarden bepaald door de Koning, op de prothesen en orthopedische toestellen die ingevolge het ongeval nodig zijn.

Art. 28bis

Voor de ongevallen overkomen vóór 1 januari 1988, vallen de kosten van de in artikel 28 bedoelde zorgen slechts tot het einde van de bij artikel 72 bepaalde termijn ten laste van de verzekeringsonderneming. Na deze termijn vallen ze ten laste van het Fonds voor Arbeidsongevallen. Voor de ongevallen overkomen vóór 1 januari 1988 vallen de kosten voor prothesen en orthopedische toestellen slechts ten laste van de verzekeringsonderneming tot de datum van de homologatie of van de bekrachtiging van de overeenkomst of van de bij artikel 24 bedoelde beslissing. Een bijkomende vergoeding, die overeenstemt met de waarschijnlijke kosten voor vernieuwing en herstelling van de toestellen, wordt vastgesteld bij de overeenkomst of de beslissing en berekend op de door de Koning bepaalde wijze. Deze vergoeding wordt door de verzekeringsonderneming, binnen de maand na de homologatie of de bekrachtiging van de overeenkomst of de bij artikel 24 bedoelde beslissing bij het Fonds voor Arbeidsongevallen gestort.

Art. 29

De getroffene kan de zorgverlener vrij kiezen, behoudens wanneer de volgende voorwaarden vervuld zijn:

- 1° de werkgever heeft op eigen kosten een door de Koning erkende medische dienst ingesteld of heeft zich aangesloten bij een erkende medische dienst. De Koning bepaalt de voorwaarden voor de oprichting, de werking en de aansluiting;
 - 2° de werkgever heeft voor elk type van in de dienst verstrekte zorg ten minste drie zorgverleners aangewezen tot wie de getroffene zich met uitzondering van het verlenen van de eerste zorgen kan wenden;
 - 3° de oprichting van of de aansluiting bij de dienst, de namen van de zorgverleners en de geografische afbakening tot waar de verplichting geldt om zich tot de medische dienst te wenden, zijn vermeld in het arbeidsreglement of, wat de zeelieden betreft, op de monsterrol;
 - 4° de werknemers worden geraadpleegd onder de voorwaarden bepaald door de Koning;
 - 5° de getroffene is verbonden door een arbeidsovereenkomst met de werkgever in wiens dienst het ongeval gebeurde.
- Wanneer de getroffene zich wendt tot een andere zorgverlener dan deze van de medische dienst ingesteld krachtens het eerste lid, vallen de kosten ten laste van de verzekeringsonderneming volgens de voorwaarden en volgens het tarief vastgesteld door de Koning.

Art. 31

Wanneer de getroffene vrije keus van zorgverlener heeft, worden de kosten van geneeskundige verzorging terugbetaald volgens de voorwaarden en volgens een tarief vastgesteld door de Koning.

Art. 32

Tijdens de behandeling mag de verzekeringsonderneming, ingeval de getroffene vrije keuze heeft, een geneesheer aanwijzen belast met het toezicht op de behandeling. Tijdens de behandeling mogen de getroffene of zijn rechthebbenden, ingeval de getroffene geen vrije keuze heeft, een geneesheer aanwijzen belast met het toezicht op de behandeling. De geneesheer, belast met het toezicht op de behandeling, mag de getroffene vrij bezoeken, mits hij de behandelende geneesheer vooraf verwittigt. De Koning bepaalt de honoraria, die verschuldigd zijn aan de geneesheer aangewezen door de getroffene. Zij zijn voor 90% ten laste van de verzekeringsonderneming.

Art. 33

Volgens de door de Koning te bepalen voorwaarden hebben de getroffene, de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de kinderen en de ouders recht op vergoeding van de kosten voor verplaatsing en overnachting die voortvloeien uit het ongeval.

Art. 45

De getroffene, de echtgenoot en de wettelijk samenwonende partner kunnen vragen dat ten hoogste één derde van de waarde van de hun toekomende rente als kapitaal wordt uitbetaald. Dit verzoek kan op elk ogenblik, zelfs na de vestiging van het kapitaal, worden gedaan. De rechter beslist zo voordelig mogelijk voor de verzoeker. [...] Het kapitaal wordt berekend overeenkomstig het tarief vastgesteld door de Koning en in functie van de leeftijd van de getroffene of de rechthebbende op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de beslissing van de rechter. Vanaf deze datum is van rechtswege intrest verschuldigd op dit kapitaal.

Art. 49 De werkgever is verplicht een arbeidsongevallenverzekering aan te gaan bij een verzekeringsonderneming, die: 1° toegelaten is tot de arbeidsongevallenverzekering of de arbeidsongevallenverzekering mag beoefenen in België door middel van een bijkantoor of in vrije dienstverrichting overeenkomstig de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen; 2° voldoet aan alle regels en voorwaarden gesteld door deze wet. De duur van de verzekeringsovereenkomst mag niet langer zijn dan één jaar; deze duur moet, indien nodig, worden verlengd met de periode die de datum van het ingaan van de overeenkomst scheidt van 1 januari van het jaar dat erop volgt. Behalve wanneer één der partijen zich er tegen verzet door een aangetekende brief die ten minste drie maanden vóór de vervaldag van de overeenkomst ter post is afgegeven, wordt deze stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van een jaar. Deze bepaling is niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten waarvan de duur korter is dan één jaar. In afwijking van de bepalingen van het tweede en derde lid, mag de duur drie jaar bedragen voor de verzekeringsovereenkomsten gesloten met ondernemingen die op het ogenblik van het afsluiten of de verlenging van de overeenkomst tien of meer personen tewerkstellen of die een loonvolume laten verzekeren van meer dan tienmaal het maximum basisjaarloon bedoeld bij artikel 39 van deze wet. De Koning bepaalt de voorwaarden, de wijze en de termijnen waarop aan de verzekeringsovereenkomst een einde wordt gemaakt. In de gevallen waarin de verzekeringsonderneming zich het recht voorbehoudt de overeenkomst na het zich voordoen van een schadegeval op te zeggen, beschikt de verzekeringsnemer over hetzelfde recht. Deze bepaling is niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten met een duur van drie jaar gesloten met ondernemingen waarvan het jaargemiddelde van het personeelsbestand meer dan honderd bedraagt of die een loonvolume laten verzekeren van meer dan honderd maal het maximum basisjaarloon bedoeld bij artikel 39. De verzekeringsonderneming dekt alle bij de artikelen 7 en 8 vastgestelde risico's voor alle werknemers in dienst van een werkgever en voor alle werkzaamheden waarvoor zij door die werkgever zijn tewerkgesteld. De werkgever behoudt echter de mogelijkheid om het personeel van verschillende exploitatiezetels en om al het huispersoneel in zijn dienst te verzekeren bij afzonderlijke verzekeringsondernemingen. De werkgever die tevens arbeidsongevallen verzekert, dient de verplichte ongevallenverzekering voor zijn werknemers af te sluiten bij een verzekeringsonderneming met wie hij juridisch of commercieel geen enkele binding heeft.

Art. 50

De werkgever die geen verzekering heeft afgesloten is ambtshalve aangesloten bij het Fonds voor Arbeidsongevallen, volgens de nadere regels bepaald door de Koning na advies van het beheerscomité van dit fonds.

Art. 69 De rechtsovereenkomst tot betaling van de vergoedingen verjaart na drie jaar. De rechtsovereenkomst tot terugbetaling van onverschuldigde vergoedingen verjaart na drie jaar. De rechtsovereenkomst tot terugbetaling van onverschuldigde vergoedingen die door bedrieglijke handelingen of door valse of opzettelijke onvolledige verklaringen werden bekomen, verjaart na vijf jaar. De rechtsovereenkomst tot betaling van de bij de artikelen 27bis, laatste lid, 27ter en 27quater bedoelde bijslagen verjaart na drie jaar vanaf de eerste dag volgend op de betalingsperiode waarop deze bijslagen betrekking hebben, voor zover de hoofdvordering tot betaling van de op deze periode betrekking hebbende vergoedingen niet is verjaard. Voor de bijslagen die toegekend worden op vergoedingen voor periodes die gelegen zijn voor de regeling van het arbeidsongeval bij een bekrachtigde overeenkomst of bij een in kracht van gewijsde getreden gerechtelijke beslissing, of voor de in artikel 72 bedoelde herziening, vangt de verjaring aan op de datum van deze regeling of herziening. De schuldverzoeken van het Fonds voor Arbeidsongevallen ten laste van de schuldenaars bedoeld in artikel 59, 4°, verjaren na vijf jaar.

Art. 72

De eis tot herziening van de vergoedingen, gegrond op een wijziging van het verlies van arbeidsgeschiktheid van de getroffene of van de noodzakelijkheid van de geregelde hulp van een ander persoon of op het overlijden van de getroffene aan de gevolgen van het ongeval, kan ingesteld worden binnen drie jaar die volgen op de datum van homologatie of de bekrachtiging van de overeenkomst tussen de partijen of van de in artikel 24 bedoelde beslissing of kennisgeving of de datum van het ongeval indien de tijdelijke arbeidsongeschiktheid geen zeven dagen overschrijdt en indien de verzekeringsonderneming de getroffene genezen verklaart zonder blijvende arbeidsongeschiktheid. De getroffene of zijn rechthebbenden kunnen, binnen de drie jaar die volgen op de dag van de in artikel 24 bedoelde kennisgeving, een rechtsovereenkomst instellen tegen de beslissing tot genezen verklaring zonder blijvende arbeidsongeschiktheid. In dat geval kan de in het eerste lid bedoelde eis ingesteld worden binnen drie jaar die volgen op de datum van de in artikel 24 bedoelde beslissing. De eis tot herziening mag bij tegenovereenkomst tot bij het sluiten van de debatten worden ingesteld, bij wijze van conclusies, die ter griffie worden neergelegd en aan de andere partijen worden medegedeeld.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Barema

- Barema F, tarief I, bijlage bij het KB van 21.12.1971 voor de omzetting van lijfrenten in een kapitaal bij Blijvende Invaliditeit of bij Overlijden
- Barema F, tarief II, bijlage bij het KB van 21.12.1971, voor de omzetting van een tijdelijke rente in een kapitaal bij Overlijden.

Begunstigde

- de verzekerde;
- de rechthebbenden;
- de persoon als dusdanig vermeld in de bijzondere voorwaarden;
- de persoon die een verzekerd belang aantoonde op de dag van de schade.

Beroepsongeval

Het ongeval dat gebeurt tijdens en door het feit van de uitoefening van een activiteit met betrekking tot de onderneming of het beroep van de verzekeringnemer, met inbegrip van het ongeval overkomen op de arbeidsweg.

Bezoldiging

De bezoldiging zoals ze in de Wet wordt omschreven of de conventionele bezoldiging vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Gemiddelde dagloon

Is gelijk aan de basisverloning gedeeld door 365 (artikel 40 van de wet). Dezelfde definitie wordt gehanteerd wanneer de waarborg gebaseerd is op een conventionele verloning die als gelijkwaardig aan de basisverloning moet worden beschouwd.

Maatschappij

P&V Verzekeringen CVBA, Koningsstraat 151, 1210 BRUSSEL, verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0058 voor het uitoefenen van de tak "Arbeidsongevallen".

Onbezoldigd liefhebber

Diegene die, voor zijn sportactiviteit geen geldelijke vergoeding of voordelen in natura ontvangt. Indien hij dit toch ontvangt, mag deze niet groter zijn dan het totaal van de kosten die de sportbeoefenaar aangaat om zijn activiteit uit te oefenen met een maximum van 500 EUR per jaar.

Ongeval

- in het kader van de wettelijke dekking en de dekkingen Excedent Wet en Gewaarborgd Loon: het arbeidsongeval of het ongeval op de weg naar en van het werk in de zin van de Wet;
- in het kader van de andere dekkingen, de plotse gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt en een letsel veroorzaakt.

Ongeval van het privéleven

Het ongeval dat buiten de uitoefening van elke winstgevendende activiteit valt, of geen recht geeft op tussenkomst van de Wet.

Rechthebbenden

De personen die, volgens de Wet, begunstigde kunnen zijn van de vergoedingen in geval van overlijden van de verzekerde

Verzekerde

De persoon die het slachtoffer is van een ongeval.

Verzekeringnemer

De natuurlijke- of rechtspersoon die de overeenkomst afsluit.

Wet

De wet van 10 april 1971 op de arbeidsongevallen, alsook alle uitbreidingen, wijzigingen en uitvoeringsbesluiten ervan.

Wedstrijd

Een snelheidstest waarbij een competitie plaatsvindt over een bepaalde afstand. Met competitie wordt bedoeld, het gelijktijdig zoeken van een resultaat tussen twee of meerdere personen, dat gekenmerkt wordt door een behaalde tijd, punten of door een klassement.

Uitdaging

Een handeling naar iemand toe om hem/haar te provoceren.

Drug

Elke psychoactieve stof die de psychische en/of fysiologische functies van een individu kan aanpassen, namelijk stemming, gedachte, gedrag of emotie, wordt beschouwd als een drug. Een drug kan psychologische of lichamelijke afhankelijkheid veroorzaken. De verschillende criteria voor het classificeren van een drug zijn de therapeutische eigenschappen, de afhankelijkheid die het veroorzaakt en de effecten ervan op het centrale zenuwstelsel.

Kosten van behandeling

In het kader van de bijkomende dekkingen zijn de medisch noodzakelijke kosten (in ambulante en/of ziekenhuisgeneeskunde), verstrekt en voorgeschreven door een bevoegde arts, gedekt volgens de regels van de nomenclatuur en het RIZIV-barema. Zijn eveneens inbegrepen in het verzekerd bedrag, de kosten voor chiropraxie en osteopathie volgens het RIZIV-barema, maar beperkt tot 500 EUR per schadegeval en per persoon.

WETTELIJKE VERMELDINGEN

Europese Unie : Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679

Persoonsgegevens die worden verzameld worden verwerkt door uw verzekeringsmaatschappij, P&V Verzekeringen CVBA, 1210 Brussel - Koningsstraat 151-153, in haar hoedanigheid van verwerkingsverantwoordelijke.

Hierbij worden enkel de persoonsgegevens verwerkt nodig voor de volgende doeleinden: het verzekeren van de lichamelijke schade bij een arbeidsongeval of ongeval van het privé leven, de uitvoering van de risicoanalyse, het beheer van de polis, de premies en schadevergoedingen, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van lichamelijke schade opgelopen door de verzekerde. Aansluitend, ook voor het beheer van mogelijke geschillen, de herverzekering, de opsporing en preventie van fraude, evenals de verwerking voor statistische doeleinden. Tenslotte, voor een correcte naleving van alle wettelijke en prudentiële vereisten.

In sommige omstandigheden zijn wij als verzekeraar genoodzaakt om bepaalde persoonsgegevens over te maken aan interne of externe experts inzake lichamelijke of materiële schade evenals aan andere betrokken derde partijen (bijvoorbeeld een mede- of herverzekeringsonderneming, een advocaat of een bevoegde overheidsdienst zoals het Fonds voor Arbeidsongevallen). Dit gebeurt steeds binnen de hierboven omschreven context.

De rechtsgrondslag voor de verwerking van deze persoonsgegevens wordt gevormd door het verzekeringscontract alsook door de verplichting die uit laatstgenoemd contract voortvloeit voor de verzekeraar om desgevallend de slachtoffers van lichamelijke schade te vergoeden. Daarnaast is de gegevensverwerking met het oog op fraudebestrijding en het opstellen van statistieken gesteund op een gerechtvaardigd belang.

Gezondheidsgegevens worden enkel verwerkt na een uitdrukkelijk akkoord van de betrokkene. Deze toestemming kan op elk moment worden ingetrokken. Wanneer deze toestemming wordt ingetrokken, dan is het voor ons als verzekeraar niet langer mogelijk om een professioneel beheer te garanderen. Voormelde gegevens betreffende de gezondheid worden verwerkt in alle discretie en uitsluitend door daartoe gemachtigde personen.

De verwerkte gegevens worden door ons als verwerkingsverantwoordelijke bewaard gedurende tijd die nodig is om het doeleinde te bereiken.

U evenals alle andere betrokken personen mogen kennisnemen van de gegevens en ze desgevallend laten corrigeren door middel van een gedateerde en getekende aanvraag vergezeld van een fotokopie, recto-verso, van de identiteitskaart, gericht aan ons departement Compliance (Compliance@pvgroup.be). Bovendien mag elke betrokkene zich volgens dezelfde modaliteiten en binnen de in de algemene verordening gegevensbescherming bepaalde limieten, verzetten tegen de verwerking van de gegevens of om de beperking ervan vragen. Ze mogen ook de verwijdering of de portabiliteit van hun persoonsgegevens vragen.

Een klacht kan desgevallend worden ingediend bij de Belgische Autoriteit voor Gegevensbescherming.

Datassur

Elke oplichting of poging tot oplichting van de *maatschappij* brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst met zich mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden verzekeraars.

De verzekeringnemer stemt er bij deze mee in dat de verzekeringsonderneming P&V Verzekeringen cvba het ESV Datassur persoonsgegevens meedeelt die relevant zijn in het exclusieve kader van de beoordeling van de risico's en van het beheer van de contracten en ermee verbonden *schadegevallen*. Iedere persoon die zijn identiteit aantoont, heeft het recht zich tot Datassur te richten om de gegevens die op hem betrekking hebben, in te kijken en, in voorkomend geval, te laten rechtzetten. Om dat recht uit te oefenen moet de persoon in kwestie een gedateerd en ondertekend verzoek, samen met een kopie van zijn identiteitskaart, sturen naar het volgende adres : Datassur, dienst Bestanden, de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel.

Klachten

Voor elke klacht met betrekking tot dit contract kan de verzekeringnemer zich richten tot :

- In eerste instantie : de dienst Klachtenmanagement van P&V Verzekeringen, Koningsstraat 151, 1210 Brussel, E-mail: klacht@vivium.be,
 - In beroep : de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.
- Dergelijke klacht sluit de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure te starten niet uit.