



Als je't mij vraagt:

CHIRO

VAST EN *ver*ZEKERING

**WE ONTWARREN VOOR JOU
DE KNOOP 'CHIRO EN VERZEKERING'**



► **ANTWOORDEN OP DE MEEST GESTELDE 'VERZEKERINGSVRAGEN'**

► **DE CHIROPOLIS**

Chirojeugd Vlaanderen

Kipdorp 30 | 2000 Antwerpen

[Tel.] 03-231 07 95 [Fax] 03-232 51 62

[E-mail] info@chiro.be [Site] www.chiro.be

Inleiding

Aan Chiro doen is risico's nemen. In leiding stappen of VB worden is dikwijls een stap in het duister. Zal het lukken of niet? Tot waar reiken je eigen grenzen?

Aan Chiro doen is ook risico's beperken. Uiteraard proberen we op een verantwoorde manier onze activiteiten te organiseren. We hebben oog voor de veiligheid van iedereen. Toch is een ongeval (te) snel gebeurd. Dan zijn we maar wat blij dat we een verzekering hebben.

Waarom een verplichte verzekering?

De wetgever verplicht het ons. Elke landelijke jeugdbeweging moet een verzekering voorzien voor de plaatselijke groepen. Dat vinden we een goede zaak: op die manier zijn we zeker dat alle Chirogroepen te lande een goede verzekering hebben. Het zijn vaak de groepen die niet zo goed georganiseerd zijn of die in moeilijke omstandigheden aan Chiro doen, die het afsluiten van een verzekering wel eens over het hoofd durven zien. Bovendien kunnen we, omdat we met velen zijn, voor iedereen een verzekering afsluiten tegen een lage prijs.

Waar kan je je bij de Chiro voor verzekeren?

Drie risico's worden sowieso verzekerd:

- ▶ burgerlijke aansprakelijkheid (zie ook deel 1, hoofdstuk 1)
- ▶ ongevallen (zie ook deel 1, hoofdstuk 2)
- ▶ rechtsbijstand (zie ook deel 1, hoofdstuk 3)

Daarnaast zijn er nog enkele opties :

- ▶ een verzekering voor beperkte periode (zie ook deel 1, hoofdstuk 4)
- ▶ gemeenrecht voor vrijwilligers (zie ook deel 1, hoofdstuk 4)
- ▶ een uitbreiding voor gevaarlijke activiteiten (zie ook deel 1, hoofdstuk 5)

Deze brochure

De brochure bestaat uit twee delen.

Het eerste deel vertrekt vanuit vragen die regelmatig het nationaal secretariaat bereiken. We proberen in mensentaal en met voorbeelden de Chiropolis uit te leggen. In het eerste deel maken we ook duidelijk waarvoor we niet verzekerd zijn.

Het tweede deel is de polis zelf. Zo heb je zeker alle correcte informatie. In het eerste deel verwijzen we regelmatig naar artikels van het tweede deel. Zo kan je daar de officiële tekst nog eens nalezen als er nog onduidelijkheid is.

Een oproep

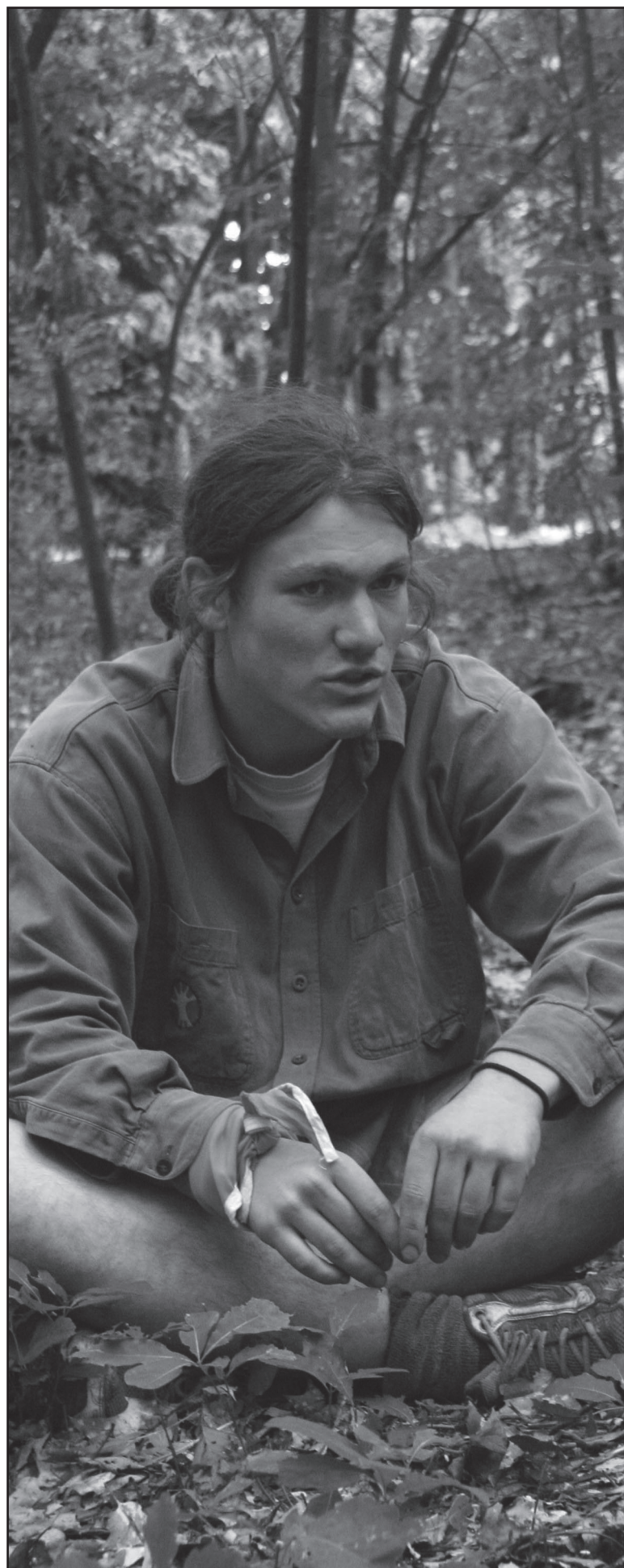
Zoals overal en altijd is het ook bij de verzekering mogelijk om te sjoemelen en het spel niet eerlijk te spelen. Wij roepen op om dit niet te doen. Geef altijd eerlijke en duidelijke informatie. Om twee redenen is vals spelen volgens ons onaanvaardbaar:

1. Het is een pedagogische fout. Welk voorbeeld geef je als je de waarheid verdraait voor eigen geldgewin?
2. Je zet de andere Chiro mensen en (op termijn) jezelf in de zak. Als er veel mensen geld uit de pot halen dat niet voor hen bedoeld is, zullen de premies onvermijdelijk stijgen. Iedereen laten betalen om zelf winst te maken, is op z'n minst gezegd onverantwoord.

Voor het overige hopen we uiteraard dat je de verzekering niet te dikwijls moet gebruiken.

Deel 1

ANTWOORDEN OP VEELGESTELDE 'VERZEKERINGSVRAGEN'



Burgerlijke aansprakelijkheid

HOOFDSTUK 1: BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

(In de polis: artikel 1 tot 8.)

1. Wat is burgerlijke aansprakelijkheid?

Als je per ongeluk schade berokkent aan anderen of aan hun bezit, dan ben je hiervoor burgerlijk aansprakelijk. Als bijvoorbeeld je Chiroleden een spiegel van een auto aflopen of per ongeluk een bal door een ruit trappen, zijn zij daarvoor burgerlijk aansprakelijk. Hetzelfde geldt als ze door een onopzettelijke duw iemand ten val brengen en die breekt een been. Met opzet een autospiegel beschadigen valt niet meer onder de burgerlijke aansprakelijkheid.

Voor de leiding houdt het hier niet op. Zij kunnen ook aansprakelijk gesteld worden voor organisatie- en toezichtsfouten. Als bijvoorbeeld één leidster met veertig speelclubbers de straat opgaat en er gebeurt iets, dan kan er een **toezichtsfout** ingeroepen worden. Als een aspileider zijn aspi's zonder beveiliging over een open brug op acht meter hoogte stuurt en er gebeurt iets, kan een **organisatiefout** ingeroepen worden.

2. Hoe wordt burgerlijke aansprakelijkheid verzekerd?

De Chiroverzekering geldt ten volle voor organisatie- en toezichtsfouten van leidingmensen. De kosten die zo'n fout meebrengt, worden dus terugbetaald.

In alle andere gevallen wordt de burgerlijke aansprakelijkheid in de eerste plaats verzekerd door de familiale verzekering. Met andere woorden: als een Chirolid onbedoeld schade toebrengt en via de familiale polis verzekerd is, zal het dus die laatste zijn die de kosten terugbetaalt. Als er geen familiale verzekering is, dan springt de Chiroverzekering bij, volgens dezelfde voorwaarden als die familiale verzekering: d.w.z. met een franchise (een bedrag dat sowieso door de verzekerde betaald moet worden) van ± € 200,-.

De familiale verzekering is niet verplicht. Daarom heeft de wetgever de Chiro wel verplicht om voor alle leden een B.A.-verzekering te voorzien. Dat is begrijpelijk, want het zijn juist de minderbedeelde gezinnen die omwille van financiële redenen geen familiale verzekering afsluiten. Net bij hen komt het dubbel zo hard aan als ze plots met een schadeclaim geconfronteerd worden.

3. Wanneer geldt de Chiroverzekering B.A.?

Tijdens alle activiteiten die georganiseerd worden door Chiro. Er is één verschil met de ongevallenverzekering: ze geldt niet op weg naar en van de Chiroactiviteit.

4. Voor wie geldt de Chiroverzekering B.A.?

Voor iedereen die door de Chirogroep opgegeven is bij het nationaal secretariaat. Als je aan jezelf schade berokkent, is dat niet verzekerd. Als je iemand anders schade berokkent wel. Die 'iemand anders' kan ook iemand van de Chiro zijn.

5. Nieuwe leden en vrijwilligers

Vele kinderen komen eerst een paar keren naar de Chiro om te zien of het hen wel bevalt. Ook zij zijn verzekerd. Voor kandidaat-leden geldt de verzekering op dezelfde manier. Als de verzekeringsmaatschappij ingeschakeld wordt, kan zij onderzoeken of het wel degelijk om een 'kandidaat-lid' gaat. Het is dan ook van belang dat je als Chirogroep die kinderen zo vlug mogelijk inschrijft als je weet dat ze lid zullen blijven. Té veel kandidaat-leden is namelijk ook niet geloofwaardig. Vrijwilligers die toevallig eens komen helpen op een activiteit van de Chiro zijn standaard verzekerd voor burgerlijke aansprakelijkheid via de Chiroverzekering. Je hoeft hiervoor geen namen door te geven aan het nationaal secretariaat.

De waarborgen (of: het maximumbedrag dat je kan terugtrekken van de verzekering)

€ 14.873.611,49	voor lichamelijke schade
€ 2.478.935,25	voor stoffelijke schade
€ 619.733,81	voor brandschade (voor een gebouw of terrein dat je occasioneel gebruikt, zie daarvoor hoofdstuk 8 over brand)

Ongevallen

HOOFDSTUK 2: ONGEVALLLEN

(In de polis: artikel 9 tot 17.)

De Chiroverzekering verzekert ongevallen. Dat wil zeggen dat medische kosten ten gevolge van een ongeval in de Chiro, behalve natuurlijk het gedeelte dat door het ziekenfonds terugbetaald werd, door de Chiroverzekering betaald wordt.

1. Wat is een ongeval?

(In de polis: artikel 10.)

De definitie van een ongeval bevat twee elementen. Ten eerste moet er sprake zijn van een 'plotse gebeurtenis'. Een val is bijvoorbeeld een ongeval. Een lang aanslepende ziekte, die op bivak naar boven komt, is dat niet.

Ten tweede moet die plotse gebeurtenis leiden tot een 'aantasting van de lichamelijke gaafheid': een gebroken been, een snijwonde, ...

Soms is het moeilijk uit te maken of iets een plotse gebeurtenis is of niet. De volgende situaties zijn in ieder geval wel een plotse gebeurtenis:

- ▶ insectenbeten;
- ▶ voedselvergiftiging op bivak;
- ▶ als je bevangen wordt door giftige gassen;
- ▶ als je verdrinkt;
- ▶ als je iemand die een ongeval heeft, wil redden;

2. Toch enkele uitzonderingen.

(In de polis: artikel 16.)

In een paar gevallen vermeldt de polis zeer duidelijk dat de kosten niet terugbetaald worden:

- ▶ bij ziekten (die geen gevolg zijn van een ongeval);
- ▶ als je springstof gebruikt;
- ▶ bij zelfdoding;
- ▶ je een ongeval krijgt, maar onder invloed van drugs bent (waaronder ook alcohol!);
- ▶ als je je lenzen verliest;

3. Wanneer ben je verzekerd?

De verzekering geldt tijdens elke activiteit die door je Chirogroep georganiseerd wordt: de wekelijkse werking, het bivak, de leidingskring, een knutseldag ter voorbereiding van het bivak, ... De verzekering geldt

ook voor mensen die op weg zijn naar de activiteit of terug naar huis gaan. Wie eerst nog het café binnenspringt en pas daarna naar huis gaat, is niet meer verzekerd: je bent dan niet meer op weg van de Chiroactiviteit naar huis, maar op weg van het café naar huis. Ook kandidaat-leden zijn verzekerd. Dat principe deden we al uit de doeken in het eerste hoofdstuk (puntje vijf: nieuwe leden).

4. Een ongeval in het buitenland

Een ongeval kan overal gebeuren, ook als je op buitenlands bivak bent of als je met je keti's een fietstocht door Nederland maakt. Als je in het buitenland een ongeval hebt, moet je een speciaal formulier invullen. Die formulieren mag je dus zeker niet vergeten als je met de Chiro naar het buitenland trekt. Je kan ze aanvragen op het nationaal secretariaat, Kipdorp 30, 2000 Antwerpen, (03)231 07 95 of downloaden op de site van de Chiro.

De Chiroverzekering betaalt maximaal € 718,40 terug voor medische zorgen in het buitenland zelf. Je kan er ook voor kiezen om naar België overgebracht te worden (dat heet dan repatriëring). Hiervoor is in de verzekering € 2.478,94 voorzien. Zo'n repatriëring heeft drie voordelen: de dokters spreken je eigen taal, het is gemakkelijker voor je familie om je te bezoeken en het maximumbedrag aan medische kosten dat terugbetaald wordt, verhoogt tot € 24.789,35. Voor een repatriëring vraag je eerst de toestemming bij het Interdiocesaan Centrum (verder IC).

5. De juiste medicamenten en behandelingen

Er bestaat een instelling in België die het RIZIV heet: dat staat voor Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering. Dat RIZIV heeft een lijst samengesteld van medicamenten en behandelingen waarvoor de mutualiteiten terugbetalen. Als je een behandeling krijgt die niet op die lijst voorkomt, betaalt ook de verzekering niet terug. Dat zijn eerder uitzonderingssituaties, maar toch. Vooral sterk evoluerende behandelingen (zeer nieuwe dingen dus) staan nog niet altijd op de lijst. Ben je in het ziekenhuis, zeg er dan voor alle zekerheid bij dat de dokter de lijst van het RIZIV

moet respecteren, aangezien de verzekeringen anders niet terugbetalen.

Ook belangrijk om te weten is dat alleen de eerste verplaatsing met de ziekenwagen wordt terugbetaald. Die verplaatsing moet ook gebeuren op de dag van het ongeluk. Als je bijvoorbeeld op bivak bent in Eupen en ze brengen je daar naar het ziekenhuis, wordt die verplaatsing terugbetaald. Als je later per ziekenwagen verhuisd wordt naar een ziekenhuis dicht bij huis, wordt dat niet meer terugbetaald, tenzij de dokter natuurlijk om medische redenen beslist om je in een ander ziekenhuis te laten opnemen. Het kan namelijk gebeuren dat een bepaalde behandeling maar in één ziekenhuis mogelijk is.

6. Het doktershonorarium

Als je naar het ziekenhuis moet en je vraagt zelf om in een éénpersoonskamer te liggen, worden de erelonen van de artsen vrijgelaten en zal de prijs per ligdag ook verhogen. Dokters durven gemakkelijk twee tot drie keer hun normale honorarium vragen. De verzekering betaalt dat niet terug! Als de dokter zelf beslist om je (gezien de ernst van de situatie) op een afzonderlijke kamer te leggen, moeten het ziekenhuis en de arts zich aan de normale tarieven houden. Hou dan ook in het oog dat dit gebeurt.

7. Overlijden en invaliditeit

(In de polis: artikel 13)

Het is een verschrikkelijke gedachte, maar het kan gebeuren dat er iemand een blijvend letsel oploopt of zelfs sterft door een ongeval in de Chiro.

Als er iemand sterft, ben je via de ongevallenverzekering al verzekerd voor de eventuele medische kosten en voor bewijsbare begrafenis-kosten tot € 1.859,20.

De nabestaanden krijgen verder nog € 4.957,87.

In geval van een blijvend letsel wordt er een invaliditeitsgraad vastgesteld. Dat gebeurt door de gezondheidscommissie: een officiële commissie verbonden aan het RIZIV. Zo kan je bijvoorbeeld 10% of 20% invalide verklaard worden. Afhankelijk van die graad krijg je éénmalig een bedrag uitbetaald. Het maximum is € 12.394,68. Iemand met 10% invaliditeit krijgt dus € 1239,46.

De waarborgen

€ 24.789,35 voor RIZIV-kosten (e 3.718,40 als je in het buitenland verzorgd wordt)

waaronder:

€ 371,84 per tand, met een maximum van €-1.487,36;

€ 1.859,20 voor begrafenis-kosten;

ook nog:

€ 2.478,94 voor opzoeking en repatriëringskosten;

€ 247,89 voor kosten die niet door het RIZIV worden terugbetaald.

€ 4.957,87 bij overlijden

€12.394,68 bij invaliditeit

HOOFDSTUK 3: RECHTSBIJSTAND

Rechtsbijstand

(In de polis: artikels 18 tot 21.)

Deze service hoort bij de verzekering voor burgerlijke aansprakelijkheid. Het kan zijn dat iemand jou burgerlijk aansprakelijk wil stellen, maar dat jij niet akkoord gaat. Het kan ook zijn dat jij iemand anders burgerlijk aansprakelijk wil stellen, maar dat die andere niet akkoord gaat. In zulke gevallen moet een rechter beslissen wie gelijk heeft. De verzekering voorziet dan een advocaat voor jou. Als je zelf iemand anders wil vorderen, kan je eventueel ook zelf je advocaat kiezen. Die wordt dan betaald door de verzekering.

Bijvoorbeeld: er is een ongeval gebeurd. Een tipper is een paar tanden kwijtgespeeld. De Chiroverzekering betaalt de medische kosten terug, met een maximum van € 371,84 per tand. De ouders van de tipper vinden eigenlijk dat het om een toezichtsfout gaat en dat de leidsters dus burgerlijk aansprakelijk zijn. Als zij gelijk hebben, moet de verzekering alle kosten terugbetalen. De ouders dagen de leidsters voor de rechter. De Chiroverzekering stelt voor de leidsters een advocaat aan.

De waarborg

- € 12.394,68 rechtsbijstand
- € 6.197,34 strafrechterlijke verdediging
- € 6.197,34 insolventie van derden (t.o.v. de groep, niet t.o.v. de leden)

De opties

HOOFDSTUK 4: DE OPTIES

1. Loonverlies

Deze optie kan je afsluiten voor mensen die betaald werk hebben. Het kan gebeuren dat mensen, ten gevolge van een ongeval in de Chiro, niet meer kunnen gaan werken. In zo'n geval betaalt de mutualiteit 60% van het brutoloon terug. De verzekering vult aan tot het totale bedrag gelijk is aan het nettoloon van het slachtoffer, maar met een maximum van € 5,95 (per kalenderdag). De verzekering doet die bijpassing gedurende maximaal 1 jaar. Uiteraard geldt zo'n verzekering alleen voor mensen die in orde zijn met de arbeidswetgeving. Een job in het zwart komt met andere woorden niet in aanmerking.

Deze optie kost € 2,11 per persoon.

De waarborgen:

€ 5,95 per dag gedurende één jaar bij loonverlies.

2. Een verzekering voor beperkte periode (maximaal 3 weken)

Soms doen mensen mee aan Chiroactiviteiten, terwijl ze geen deel uitmaken van de Chirogroep. De kookouders op bivak zijn het bekendste voorbeeld. Op bivak gaan soms ook kinderen mee die eigenlijk niet zijn aangesloten bij de groep. Ook als je een activiteit voor buitenstaanders organiseert (bijvoorbeeld een dropping voor oud-leiding) kan je voor een beperkte periode een verzekering afsluiten.

Voor hen kan je weer kiezen welke verzekering je afsluit: B.A. en ongevallen, maar ook loonverlies. Als je een verzekering voor beperkte duur afsluit, zijn de premies uiteraard ook lager. Voor B.A. en ongevallen betaal je € 1,86 per persoon; voor hetzelfde aangevuld met loonverlies betaal je € 2,55.

4. Gemeenrecht voor vrijwilligers

Die verzekering is vooral bedoeld voor vrijwilligers die bouw- of verbouwingswerken uitvoeren aan lokalen. Het is dan meestal op voorhand niet duidelijk wie wanneer een handje toesteeft. Bovendien zijn heel wat helpers geen lid van de groep en hebben ze dikwijls vast werk (denk maar aan oud-leiding of ouders). De verzekering dekt loonverlies, medische kosten en invaliditeit, allemaal onder voorwaarden die voorzien zijn in de wetgeving op arbeidsongevallen. Het werkt als volgt: je geeft vooraf een lijst door met de namen van alle mensen die mogelijk komen meewerken. Vervolgens hou je een register bij: elke dag laat je de mensen die effectief komen helpen een handtekening zetten. Achteraf betaal je alleen de premie voor de mensen die echt zijn komen opdagen. Uiteraard kunnen alleen de personen die op de eerste lijst staan op die manier verzekerd worden. Nog even zeggen dat bij deze optie de weg van en naar de activiteit niet gedekt is.

Deze optie kost € 0,87 per persoon per dag.

Niet alles is verzekerd

HOOFDSTUK 5: NIET ALLES IS VERZEKERD

(In de polis: artikel 33.)

Bij al het voorgaande is het belangrijk te weten dat er een paar belangrijke uitzonderingen zijn.

Enkele activiteiten zijn niet verzekeraar. Het gaat om:

- ▶ deltavliegen, parapente, ULM;
- ▶ sporttakken waarbij je gebruik maakt van motortuigen.
- ▶ benjispringen

Voor andere activiteiten moet je een supplement op de premie betalen (€ 0,70 per dag per persoon) :

- ▶ gevechts- en verdedigingssporten (behalve judo);
- ▶ diepzeeduiken buiten België;
- ▶ alpinisme en rappèl;
- ▶ speleologie buiten België;
- ▶ wintersporten buiten België (daaronder verstaan we ook skispringen, bobslee en skeleton);
- ▶ valschermspringen;
- ▶ parachutisme en zweefvliegen;
- ▶ het besturen van een kart of quad, behalve op een gesloten omloop zonder competitie.



HOOFDSTUK 6: HOE GEEF JE EEN GEVAL AAN?

1. Een ongeval

(In de polis: artikel 15)

► een aangifte van een ongeval via de website

Via de website van de Chiro (www.chiro.be/verzekeringen) kunnen de ongevallen van je groep aangegeven worden. Elke groep kreeg een login en paswoord waarmee je de ongevallen van je groep kan opvolgen. Als je een ongevalsangifte online invulde, krijgt het slachtoffer meteen alle nodige documenten in zijn/haar mailbox. Op die manier wordt de administratie rond een ongeval veel gemakkelijker. Bij de documenten zit ook een medisch getuigschrift dat moet ingevuld worden door de dokter.

► een papieren aangifte

Je kan natuurlijk nog steeds een papieren ongevalsangifte invullen en opsturen. Het rechtse wordt ingevuld door de dokter. Het linkse deel wordt ingevuld door de leiding en opgestuurd naar IC.

► de ouders krijgen een brief

Het is uiteraard de leiding die het ongeval aangeeft, maar het zijn de ouders die van de verzekeringsmaatschappij een melding krijgen dat het ongeval aangegeven werd, en welk dossiernummer dat ongeval gekregen heeft. Vanaf nu zullen de ouders (of het slachtoffer zelf) het dossier verder opvolgen.

► mutualiteit of geen mutualiteit

Je betaalt altijd zelf eerst de kosten die je maakt bij de dokter, de kliniek of de apotheker (bij de apotheker vraag je hiervoor een formulier BVACN (voorheen 704N)).

Als je aangesloten bent bij een mutualiteit, laat je je eerst door hen terugbetalen. Vervolgens stuur je het borderel van de mutualiteit (een formulier waarop aangegeven staat hoeveel de mutualiteit terugbetaald heeft) en de kostennota's naar IC. Als je niet aangesloten bent bij een mutualiteit, stuur je gewoon de kostennota's naar IC.

► de betaling

De vergoedingen worden rechtstreeks aan het slachtoffer uitbetaald. Daarom is het ook belangrijk dat je het rekeningnummer vermeldt op het aangifteformulier.

2. De burgerlijke aansprakelijkheid

(In de polis: artikel 6)

Voor de burgerlijke aansprakelijkheid bestaan geen formulieren en geen vaste termijn. Bij aangifte maak je gewoon zelf een brief met de nuttige gegevens. Daarmee bedoelen we: de plaats en de datum, de omstandigheden, de identiteit van de betrokkenen met hun familiale polisnummers en een beschrijving van de feiten.

Meestal is het de rechtsbijstandsverzekering van de familiale polis van het slachtoffer die je burgerlijk aansprakelijk stelt. Dit document moet je dan doorsturen naar IC met je eigen verslag van de feiten.

Als er bij een ongeval met derden sprake is van burgerlijke aansprakelijkheid, kan je best een proces verbaal laten opstellen door politie of rijkswacht.

De Chiroverzekering speelt alleen mee als het gaat om toezichts- of organisatiefouten of als de persoon die burgerlijk aansprakelijk gesteld wordt geen familiale verzekering heeft. Dat deden we al uit de doeken in hoofdstuk 1. In de andere gevallen hoef je naar de Chiroverzekering niets te sturen, dan regel je alles met de familiale. Als het niet gaat om een organisatie- of een toezichtsfout, als de aansprakelijkheid voor jullie duidelijk is en als de schade minder dan ± € 200,- bedraagt, hoef je zelfs geen enkele verzekering aan te spreken: de eerste ± € 200,- moet je toch zelf betalen. Een belangrijke stelregel is dat je zelf nooit mag zeggen dat je aansprakelijk bent. De maatschappij onderzoekt (eventueel in samenspraak met de maatschappij van de tegenpartij) hoe de aansprakelijkheid juist in elkaar zit. Ook de grootte van de schade moeten jullie niet bepalen, dat doet een expert wel. Als jullie de zaak in der minne regelen, komt de verzekering achteraf ook niet meer tussen. Jullie taak is alleen om een verslag van de feiten te geven.

Bijvoorbeeld: jullie hebben een spelnamiddag op de speelplaats van een school. Een bal doet onbedoeld een ruit van de school sneuvelen. Jullie verwittigen uiteraard de directeur en vertellen wat er gebeurd is. De directeur vindt dat de leiding een organisatiefout maakte (je moet maar niet met een bal spelen in de buurt van ruiten). Vanaf hier komt de Chiroverzekering mee in het spel. Jullie vinden dat het geen organisatiefout is ... en dus is er twijfel. Je schrijft op welke school, hoe en wanneer het gebeurd is, wie de trap op de bal gegeven heeft en het familiale polisnummer

van die persoon. Dat sturen jullie door naar IC en naar de familiale verzekering van de persoon die getrapt heeft. Je schrijft niet dat je burgerlijk aansprakelijk bent, dat maakt de verzekering wel uit. Ook de prijs van zo'n ruit (de grootte van de schade) is niet aan de orde. Nu kan het zijn dat de directeur tegen jullie zegt: "Geef 50 euro en dan is het in orde". Je kan hier gerust op ingaan, dat moet je zelf afwegen, maar die 50 euro wordt dan niet terugbetaald door de verzekering.



Alles over auto's

HOOFDSTUK 7: ALLES OVER AUTO'S

1. Situatie: Eén van je leden beschadigt (met de fiets of te voet) een auto

Dit is een geval van burgerlijk aansprakelijkheid (zie hoofdstuk 1). Ter herhaling leggen we het nog even uit: in de eerste plaats wordt de familiale verzekering van de leden aangesproken. Als dat lid geen familiale verzekering heeft, springt de Chiroverzekering in, maar dan wel onder dezelfde voorwaarden als de familiale verzekering. Dat wil zeggen: met een franchise (een zelf te betalen bedrag) van \pm € 200.

Bij een carwash komt de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid niet tussen. De auto die wordt gewassen is een toevertrouwd goed, en er wordt verondersteld dat er afspraken gemaakt zijn over mogelijke schade. De schade die je aanbrengt tijdens een carwash zal dus uit eigen zak betaald moeten worden. De verzekering voor carwash kost 100 euro.

2. Situatie: Leiding of ouders voeren de leden en hebben een ongeval

Voor auto's geldt altijd de verplichte autoverzekering. Het is onmogelijk dat de Chiropolis alle auto's gaat verzekeren die voor Chirodoeleinden rondrijden. Aangezien iedereen mogelijk wel eens voor de Chiro rondrijdt, zou je zo in feite alle auto's in Vlaanderen verzekeren. Daarbij komt dat je voor een autoverzekering al vlug 500 à 600 euro mag neertellen. Als je ouders of andere 'buitenstaanders' vraagt om met de auto te rijden, zeg je dat er best onmiddellijk bij, want anders komt er later misschien een conflict van. Dat is noch voor de Chiro, noch voor de eigenaar van de beschadigde wagen een prettige zaak. Anders is het voor leden die in de auto zitten en die gewond raken. In het verzekeringsjargon heet dat 'lichamelijke schade na een plotse gebeurtenis' en zoiets valt onder de ongevallenverzekering van de Chiro (zie hoofdstuk 2) en onder de burgerlijke-aansprakelijkheidsverzekering van de auto (de wet op de zwakke weggebruiker).

3. Situatie: Leiding rijdt met de auto van een ander en heeft (door hun eigen fout) schade

Hier komt (bijna) zeker ruzie van, want wie moet de schade betalen? Zoals gezegd speelt hier alleen de autoverzekering. Als je een omniumverzekering hebt, kan het bedrag nog meevallen, maar anders krijg je hoogstwaarschijnlijk een hoge rekening gepresenteerd. Bovendien gaat door het bonus/malus-systeem de verzekeringspremie voor die auto de hoogte in. Wie betaalt? Dat zullen de eigenaar en de chauffeur moeten uitmaken. Soms komt als compromis uit de bus dat de Chirogroep de kosten op zich neemt, maar dan moet die groep wel enkele jaren pannenkoekenslagen organiseren om de schade aan één auto af te lossen, van iemand die ondertussen misschien zelfs al uit de Chiro is. Misschien is het toch maar beter om zo'n autoruil achterwege te laten...

4. Omniumverzekering voor Chiroverplaatsingen

Je kan de auto's die je gebruikt voor Chiroverplaatsingen omnium verzekeren via de Chiro. Op die manier is ook de eigen schade aan deze wagens gedekt. Deze verzekering kan je enkel nemen via de site van de Chiro. Minstens 3 dagen voor je de wagen gebruikt moet je de verzekering afsluiten. De verzekering kost € 9,25 per dag.

Waarborg: € 20.000

Franchise schadegeval: € 500

Franchise glasbreuk: € 200 (€ 100 als de herstelling bij Carglass gebeurt)

HOOFDSTUK 8: BRAND

1. De brandverzekering

De stelregel is dat elke groep een brandverzekering moet hebben voor het gebouw waarin ze haar activiteiten organiseert. Dat lijkt logisch als je als groep eigenaar bent, maar ook als je een heem huurt, moet je zo'n verzekering afsluiten. Zelfs als je dat lokaal alleen maar in gebruik hebt, en dus geen huur betaalt, is een verzekering verplicht.

Er is maar één uitzondering op die regel. Als de groep zelf geen eigenaar is, en in de brandverkeringspolis van de eigenaar staat dat hij 'afstand van verhaal' doet, moet je zelf geen bijkomende verzekering nemen. 'Afstand van verhaal' wil immers zeggen dat de verzekeringsmaatschappij van de eigenaar nooit de kosten zal afwimpelen op de gebruiker. Zo'n clause is dus best wel interessant. Het is dan ook vooral bij bevriende eigenaars (zoals bv. de parochie) dat het zal lukken om zo'n clause te laten opnemen.

2. Het juiste bedrag

De hoogte van de verzekeringspremie hangt af van de waarde van het gebouw en de inboedel. Het is belangrijk dat je die waarde waarheidsgetrouw schat. Er bestaat namelijk zoiets als 'een evenredigheidsregel'. Een voorbeeldje: als je lokaal en je inboedel € 100.000 waard zijn, maar je verzekert het voor € 50.000, zal je in geval van schade ook maar de helft terugkrijgen van de eigenlijke schade. Als je dan € 25.000 schade hebt, krijg je maar € 12.500 terug.

Je mag niet vergeten dat je voor de inventaris van de inboedel de nieuwwaarde moet schatten: wat zouden de voorwerpen waard zijn als ze nieuw worden aangekocht? Je moet ook alles wat aanwezig is bij deze inventaris betrekken, dus ook bijvoorbeeld tenten als die in het heem opgeslagen liggen.

Om zeker te zijn dat je de waarde van het lokaal en de inboedel juist schat, heeft de verzekeringsmaatschappij een invulformulier met een paar duidelijke parameters (grootte lokaal e.d.). Als je dat correct invult, kan de evenredigheidsregel nooit ingeroepen worden. Een andere (maar duurdere) manier is om aan de verzekeringsmaatschappij te vragen om het gebouw en de inboedel te komen schatten.

Als richtprijs mag je ervan uitgaan dat je per schijf van € 25.000 zo'n 3 tot 5 euro premie moet betalen.

3. Op verplaatsing

(In de polis: artikel 4.)

Als je voor korte tijd in een ander lokaal verblijft (bijvoorbeeld op weekend of op bivak), moet je geen aparte verzekering tegen brand afsluiten. In de polis 'burgerlijke aansprakelijkheid' van de Chiro ben je verzekerd tegen brand op verplaatsing voor een bedrag tot € 619.733,81.

In je polis kun je de inboedel ook laten verzekeren op verplaatsing. Op die manier zijn de materialen op je bivak ook verzekerd tegen brand. Je moet dit wel laten opnemen in je eigen brandverzekering. Je hoeft dan bijvoorbeeld voor je eigen tenten geen afzonderlijke polis te laten opmaken.

Nog aansprakelijkheden

HOOFDSTUK 9: NOG AANSPRAKELIJKHEDEN

1. Contractuele aansprakelijkheid

Elke overeenkomst die je afsluit, houdt een aansprakelijkheid in. Als je een gebouw huurt voor je mosselsouper, een geluidsinstallatie mag gebruiken van de jeugdendienst voor het ouderfeest of een vestiaire inricht op je fuif, sluit je telkens een overeenkomst af: je komt overeen om de gebruikte zaal na je activiteit terug te geven in de oorspronkelijke vorm, je komt overeen de geluidsinstallatie volledig terug te geven en je komt overeen de correcte jas terug te bezorgen aan de eigenaar als hij/zij erin slaagt om je het juiste bonnetje te bezorgen. Soms is het echter moeilijk je te houden aan je overeenkomst: iemand van de gasten kan misschien een brandblusser leeggespoten hebben in de toiletten, de versterker kan gestolen zijn of je verwisselde de ene jas met een andere. In al die gevallen heb je schade en moet je die betalen. De Chiroverzekering komt hier nooit in tussen. De normale verzekering neemt enkel de schade op als gevolg van burgerlijke aansprakelijkheid, niet die ten gevolge van contractuele aansprakelijkheid.

Als je een contract afsluit, moet je je meteen afvragen of je de gevolgen kan dragen als het misgaat. Voor alle goederen die je gebruikt, leent of huurt, kan je een verzekering "alle risico's" nemen. Met zo'n verzekering zijn alle mogelijke schadegevallen (uitgezonderd opzet) verzekerd. De premie hangt natuurlijk af van de aard van de goederen die verzekerd moeten worden, de waarde ervan en de duur van het gebruik.

Voor zaken die je organiseert en waarbij je een contractueel risico loopt (carwash, vestiaire,...) kan je ook een verzekering nemen. Op die manier zijn schadegevallen bij die activiteit gedekt.

Deze verzekeringen kan je nemen bij LDB of bij een verzekeringsmakelaar van je keuze.

2. Objectieve aansprakelijkheid

Als je een fuif organiseert, moet je wettelijk een verzekering objectieve aansprakelijkheid hebben. Die dekt de medische kosten aan de slachtoffers van een geval van brand of ontploffing op je fuif. Je kan die verzekering nemen bij LDB of bij een verzekeringsmakelaar van je keuze. Je moet rekenen op een premie van ongeveer € 100.

Vrijwilligers

HOOFDSTUK 10: VRIJWILLIGERS

In elke groep heb je wel een aantal vrijwilligers die de handen uit de mouwen steken wanneer het nodig is. Sinds de vrijwilligerswet ben je als groep verplicht voor hen een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid af te sluiten. Je leden en leiding hebben al een goede verzekering. Het gaat over die extra vrijwilligers die soms eens komen helpen: de oud-leider die tijdens de examens nog eens Chiro komt doen, de papa die helpt de vrachtwagen inladen voor het bivak, de grootmoeder die pannenkoeken bakt op het groepsfeest,...

1. Burgerlijke aansprakelijkheid

Deze wettelijk verplichte verzekering dekt de schade die vrijwilligers aanrichten door hun fout aan 'derden'. Je hoeft echter geen actie te ondernemen om deze verzekering in orde te maken: met je aansluiting bij de Chiro zijn meteen ook al de occasionele vrijwilligers verzekerd voor burgerlijke aansprakelijkheid.

2. Ongevallen, overlijden, invaliditeit, loonverlies

Je bent wettelijk niet verplicht om extra verzekeringen af te sluiten voor je vrijwilligers. Toch kan je ook voor hen extra verzekeringen afsluiten, waardoor bijvoorbeeld ook hun medische kosten na een ongeval in de Chiro gedekt worden door de verzekering. Er zijn verschillende methoden om die verzekeringen in orde te maken:

- ▶ je kan de vrijwilligers die heel regelmatig komen helpen op een activiteit gewoon mee aansluiten als 'freelancer'. Voor een beperkt bedrag van 7.5 euro per jaar zijn zij dan het hele jaar door verzekerd, net zoals Chiroleiding.
- ▶ je kan voor activiteiten waarop vrijwilligers komen helpen een gratis verzekering nemen via de provincies. Daarvoor moet je eerst je groep/gewest/verbond laten "erkennen" en daarna minstens drie werkdagen op voorhand het aantal tijdelijke vrijwilligers doorgeven aan de verzekeraar. Die verzekering is interessant omdat je van tevoren enkel moet doorgeven **hoeveel** tijdelijke vrijwilligers je wilt verzekeren en niet de namen moet kennen.

Belangrijk om te weten:

- ▶ De verzekering is gratis.
- ▶ Er is een periode van max. **6 weken** voorzien om je vereniging te **erkennen**.
- ▶ Eenmaal je je erkenningsnummer hebt, is het ook nog belangrijk om **meer dan drie werkdagen op voorhand** je activiteit en het aantal vrijwilligers dat daarbij ingeschakeld wordt, bekend te maken bij de verzekeraar.

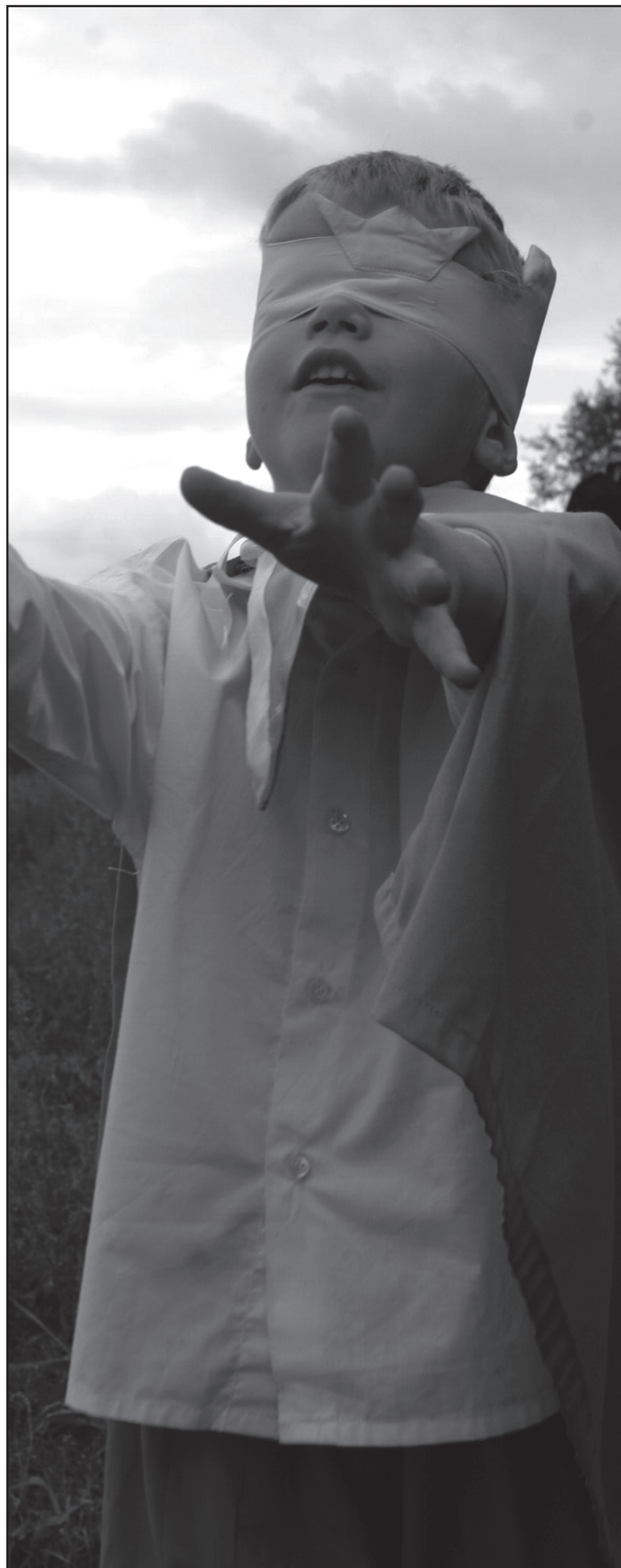
Een aantal provincies bieden de mogelijkheid om de erkenningsaanvraag te laten verlopen via de gemeente in plaats van de provincie. Meer informatie en de concrete contactinformatie vind je via

www.chiro.be/verzekeringen

- ▶ je kan een verzekering voor beperkte periode afsluiten (*zie p. 8*)
- ▶ je kan een verzekering voor gemeenrecht voor vrijwilligers afsluiten (*zie p. 8*)

Deel 2

DE CHIROPOLIS



FORTIS AG
E. Jacqmainlaan 53
1000 Brussel
Telefoon 02/225 70 95
Telefax 02/225 70 75

Verzekering van de Katholieke Groeperingen

Algemene Voorwaarden

Contract opgesteld door de Interdiocesane Federatie van Verzekeringdiensten (I.F.V.D.)

Inhoudsopgave

Titel I

Voorwerp en Omvang van de Verzekering

1. _____
Verzekering Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid

2. _____
Verzekering Individuele Ongevallen

3. _____
Verzekering Rechtsbijstand

Titel II

Bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

Definities

Verzekeringnemer:	De persoon die het verzekeringscontract bij de maatschappij aangaat.
Omschreven groepering:	De groepering gedefinieerd in de bijzondere voorwaarden.
Maatschappij :	De verzekeringsmaatschappij bij wie het contract aangegaan wordt.
Verzekerden:	De gedekte natuurlijke of rechtspersonen, de leden van de groepering, de personeelsleden en iedere persoon belast met een opdracht wanneer ze zich onder het gezag of onder het toezicht bevinden of zouden moeten bevinden van de leider van de omschreven groepering of van zijn plaatsvervanger of afgevaardigde.
Activiteiten van de groepering:	<p>Alle activiteiten van de omschreven groepering worden met de eigenlijke activiteiten gelijkgesteld;</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vergaderingen gehouden met het oog op het organiseren of bevorderen van deze activiteiten; - de wedstrijden, competities, festivals, retraites en andere activiteiten die hiermee verband houden, evenals de gemeenschappelijke reizen om er zich naartoe te begeven. - sportactiviteiten die regelmatig als amateur beoefend worden onder voorbehoud van artikel 33 van de Algemene Voorwaarden. - de activiteiten kunnen plaatsvinden op het adres van de verzekeringnemer of elders. <p>Elke verplaatsing die onder toezicht gebeurt, wordt beschouwd als een deel van de activiteit van de groepering.</p> <p>Maken deel uit van de activiteiten van de groepering, de kleine onderhoudswerken aan en de schoonmaak of decoratie van de lokalen die worden gebruikt voor vergaderingen of eventueel voor een feest door de personen in de hoedanigheid van verzekerde.</p> <p>Maken geen deel uit van de activiteiten van de groepering, de activiteiten die behoren tot het privé-initiatief van een of meerdere verzekerden.</p>
Gebiedsgeldigheid:	In de hele wereld onder voorbehoud van specifieke bepalingen met betrekking tot de USA of Canada.
Weg van en naar de vergadering:	<p>Het normale traject dat de verzekerde dient af te leggen om zich van zijn woonplaats naar de omschreven groepering of naar elke andere plaats te begeven waar de verschillende gelijkgestelde activiteiten plaatsvinden, en omgekeerd.</p> <p>Het begrip "weg van en naar de vergadering" wordt geïnterpreteerd naar analogie van het begrip "weg van en naar het werk" in de wetgeving op de arbeidsongevallen.</p>
Schadegeval:	<p>Elke daad, die een schade veroorzaakt heeft, kan aanleiding geven tot de waarborg van de polis.</p> <p>Vormt één en hetzelfde schadegeval, het geheel van schade met dezelfde oorsprong.</p>
Waarborg:	Alles wat het voorwerp uitmaakt van de waarborg en wat hierna niet is uitgesloten, is gewaarborgd.

Titel I - Voorwerp en Omvang van de Verzekering

Wat de hierna omschreven waarborgen betreft zijn enkel deze van toepassing uitdrukkelijk bepaald bij de bijzondere voorwaarden.

1. Verzekering Burgerlijke Aansprakelijkheid

Artikel 1: Wat is het voorwerp van de waarborg?

a. Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid

De verzekering heeft tot voorwerp de verzekerden te dekken tegen de geldelijke gevolgen van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid die zij t.o.v. de derden oplopen.

Onder Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid verstaat men de verplichting die het herstel van de schade aan anderen berokkend voorschrijft en die - bestaande buiten elke contractuele verplichting - voortvloeit uit Europese richtlijnen, Belgische wetten, decreten en besluiten, met name de artikelen 1382 tot 1386bis van het Burgerlijk Wetboek of de overeenstemmende buitenlandse wettelijke bepalingen.

b. Wanneer heeft de waarborg uitwerking?

De waarborg heeft uitwerking wanneer de verzekerde aan de activiteiten van de omschreven groepering deelneemt.

c. Wat zijn de verzekerde bedragen?

1.a. De waarborg geldt, per schadegeval, ten belope van de bedragen verzekerd in lichamelijke letsels en in materiële schade vermeld in de bijzondere voorwaarden. Het bedrag voorzien voor de materiële schade bevat eveneens de immateriële schade (genotdervingen, onderbrekingen van de activiteiten, werkloosheid, het stoppen van de productie, winstverlies en andere gelijkaardige schade) die het gevolg zijn van een gewaarborgde materiële schade.

1.b. Wat de waarborg betreft overeengekomen met de USA en Canada, zijn de volgende beperkingen van toepassing:

Lichamelijke schade:	4.957.870,50 €
Materiële schade:	1.239.467,62 €

Zijn uitgesloten de geldelijke sancties onder de benaming "PUNITIVE DAMAGES" en "EXEMPLARY DAMAGES" alsook alle kosten die hieruit voortvloeien.

2. De maatschappij betaalt de interesten op de schadevergoeding verschuldigd krachtens de vorige alinea, de kosten betreffende de burgerlijke rechtsvorderingen, alsook de honoraria en de kosten van de advocaten en de experts, maar alleen voor zover die kosten door haar of met haar toestemming zijn gemaakt of, in geval van belangenconflict dat niet te wijten is aan de verzekerde, voor zover die kosten niet onredelijk zijn gemaakt. De interesten en kosten hierboven vermeld alsook de reddingskosten, waarvan sprake in artikel 6.1 worden integraal door de maatschappij gedragen voor zover het totaal van de schadeloosstelling en van de interesten en de kosten, per schadegeval, de totaal verzekerde som niet overschrijdt. De interesten en kosten, alsook de reddingskosten, waarvan sprake is in artikel 6.1, die per schadegeval de totaal verzekerde som overschrijden, zijn eveneens ten laste van de maatschappij maar zijn beperkt tot:

- 495.787,05 € wanneer de totaal verzekerde som kleiner is dan of gelijk is aan 2.478.935,25 €.
- 495.787,05 € plus 20 % van het gedeelte van de totaal verzekerde som begrepen tussen 2.478.935,25 € en 12.394.676,24 €.
- 2.478.935,25 € plus 10 % van het gedeelte van de totaal verzekerde som die 12.394.676,24 € overschrijdt.

De schadeloosstelling van deze interesten en kosten mag echter nooit 9.915.740,99 € overschrijden.

Deze bedragen zijn verbonden met de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen, de basisindex was deze van november 1992, hetzij 113,77(basis 1998 = 100).

3. Cumulatie: verzekerde bedragen: de beperkingen op de verzekerde bedragen zijn cumulatief enerzijds voor de interesten en kosten van de burgerlijke verdediging en anderzijds voor de reddingskosten.

Artikel 2: Wie is verzekerd?

- a. de verzekeringsnemer;
- b. de omschreven groepering, namelijk de administratieve overheid, de diocesane, dekanale of parochiale overheid en de oversten van de Religieuze Congregaties waarvan deze groepering afhangt;
- c. de leden van de directie en van het personeel van de omschreven groepering, evenals iedere persoon die er met een tijdelijke opdracht belast wordt;
- d. de leden van de omschreven groepering;
- e. De ouders en de voogden van de (minderjarige) leden van de groep alsook de personen die ze onder hun hoede of onder hun feitelijke voogdij hebben voor zover zij burgerrechtelijk aansprakelijk zijn voor de minderjarige leden (rechtstreekse aansprakelijkheid van deze personen is dus in geen enkel geval verzekerd);
- f. De natuurlijke personen die de associaties samenstellen die handelen onder het beschermheerschap van de groepering;
- g. De personen, eigenaars, huurders of gebruikers van roerende en / of onroerende goederen ter beschikking gesteld van de omschreven groepering of gebruikt door deze laatste.

Artikel 3: Wie is derde?

Elke andere persoon dan de verzekerden vermeld in artikel 2 a en b.

Artikel 4: Wat is de omvang van de waarborg in bepaalde gevallen?

A. Het verschaffen van dranken en eetwaren

De schade veroorzaakt door producten die werden verstrekt of gefabriceerd door de omschreven groepering zoals dranken en eetwaren zijn in de waarborg begrepen.

B. Schade aangericht door vuur, brand, ontploffing, rook, water en glasbreuk

1. De schade aangericht door vuur, brand, ontploffing, rook, water en glasbreuk is in de waarborg begrepen. De waarborg geldt zelfs wanneer de aansprakelijkheid rust op de artikelen 1732 en 1733 van het Burgerlijk wetboek, op voorwaarde evenwel dat de schade betrekking heeft op gebouwen, inboedel inbegrepen, die tijdelijk door de verzekeringsnemer of de omschreven groepering gehuurd of bewoond worden.
2. Blijft echter van de waarborg uitgesloten:
 - de materiële schade aangericht door vuur, brand, ontploffing, rook of water die ontstaat in of overslaat vanuit een gebouw waarvan de verzekeringsnemer of de omschreven groepering eigenaar of, duurzaam, huurder of bewoner is, wanneer deze schade van dusdanige aard is dat zij normaal verzekeraar is door de waarborg verhaal der Buren of Verhaal van Derden van een brandverzekeringscontract;
 - de schade waarvoor de verzekerde aansprakelijk is op grond van de wet van 30 juli 1979 die een objectieve aansprakelijkheid in geval van brand of ontploffing invoert op grond van de wet en van haar uitvoeringsbesluiten.

C. Vervoermiddelen

- 1.a. De waarborg wordt verleend voor de schade veroorzaakt door de verzekerden die een motor- of spoorrijtuig besturen zonder de daartoe wettelijk vereiste leeftijd te hebben bereikt, buiten medeweten van hun ouders, van de personen die ze onder hun hoede hebben en van de houder van het voertuig. Is eveneens gewaarborgd, de herstelling van de eventuele schade veroorzaakt aan een in deze omstandigheden gebruikt voertuig voor zover het voertuig niet toebehoort aan de verzekeringsnemer, aan de verzekerde vereniging, aan de ouders van de aansprakelijke verzekerde en elke persoon die gewoonlijk met deze ouder in gezinsverband samenwoont. De waarborg geldt ook indien de schadeloosstelling gebeurt op basis van een wetgeving die een stelsel van schadeloosstelling aan de verkeersslachtoffers voorziet zonder verwijzing naar de aansprakelijkheidsregels.

1.b. De waarborg geldt voor de verzekeringnemer en de omschreven instelling voor de geldelijke gevolgen van de aansprakelijkheid als opdrachtgever die zij kunnen oplopen wanneer een van de aangestelden van de omschreven vereniging schade veroorzaakt aan derden, hetzij door zijn eigen voertuig, hetzij door een voertuig dat niet aan de verzekeringnemer of aan de omschreven vereniging toebehoort, met uitzondering echter de voertuigen die door hen gehuurd zijn. De waarborg wordt eveneens uitgebreid tot de verhalen die, uitgesloten van het opzettelijk handelen van de verzekeringnemer of de omschreven vereniging, tegen hen zouden worden uitgeoefend door de verzekeraar van het voertuig op basis van het contract van de verplichte verzekering betreffende dit voertuig of door het Gemeenschappelijk Motorwaarborgfonds.

De waarborg wordt verleend in overeenstemming met de bepalingen van het contract van de "Verplichte Autoverzekering"

2. Onverminderd het bepaalde in punt 1, blijft de schade voortvloeiend uit de burgerrechtelijke aansprakelijkheid onderworpen aan een wettelijk verplichte verzekering van de waarborg uitgesloten. Is eveneens van de waarborg uitgesloten de schade veroorzaakt door luchtvaartuigen.

D. Gemotoriseerd materieel

De waarborg geldt voor de schade veroorzaakt door motortuigen met een didactisch karakter of bestemd voor het tuinieren of voor de vrije tijd, die, op het moment van het schadegeval, aan een stelsel van een verplichte verzekering onderworpen zijn maar die door hun bouw niet sneller dan 15 km /uur kunnen rijden.

E. Stelsel van toepassing wanneer het KB van de minimumgarantievoorwaarden in B.A. Privé-leven van kracht is

Wanneer de aansprakelijkheid van de verzekerde een aansprakelijkheid van het privé - leven is waarvan de verzekering onderworpen is aan het Koninklijk Besluit van de minimumgarantievoorwaarden in B.A. Privé - leven (KB van 12/01/1984, zoals gewijzigd door het KB van 24/12/1992) zijn de bepalingen van voornoemd KB van toepassing, binnen de perken van het specifieke risico gedekt door dit contract, telkens wanneer de algemene of bijzondere voorwaarden hiermee strijdig zijn. De algemene en bijzondere voorwaarden blijven evenwel uitwerking hebben voor zover zij waarborgen aanbieden die uitgebreider zijn dan de minimumwaarborgen voortvloeiend uit het bovenvermelde KB.

Voor de toepassing van artikel 5, 3de alinea van voornoemd KB, geldt als basisindexcijfer dat van december 1983, hetzij 119,64 (basis 100 in 1981), en het indexcijfer van toepassing bij schadegeval is dat van de maand die voorafgaat aan de maand waarin het schadegeval zich voordeed.

F. Burenhinder en pollutie

- Is gedekt de "burenhinder" die onder de toepassing van artikel 544 van het burgerlijk wetboek valt voor zover zij toe te schrijven is aan een plotselinge gebeurtenis;
- De schade veroorzaakt door de pollutie wordt vergoed indien ze toe te schrijven is aan een plotselinge gebeurtenis. Men verstaat onder "pollutie" de abnormale aantasting van het milieu (bodem, lucht, water, rust) door toxische en schadelijke substanties of door geluid.

G. De waarborg geldt eveneens wanneer de lokalen van de omschreven groepering niet permanent aan een derde ter beschikking gesteld zijn.

Artikel 5: In welke gevallen geldt de waarborg niet?

Ter aanvulling van artikel 33 wordt van de waarborg uitgesloten:

- a.** De schade voortvloeiend uit de burgerlijke aansprakelijkheid onderworpen aan een bij wet verplichte verzekering, onder voorbehoud van de toepassing van de waarborgen bepaald bij artikel 4.C.1.
- b.** De schade voortvloeiend uit de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van een verzekerde die meer dan 16 jaar oud is en die schade veroorzaakt heeft, hetzij opzettelijk, hetzij onder invloed van verdovende middelen, van een staat van dronkenschap of van alcoholintoxicatie, of in een analoge toestand ingevolge het gebruik van andere producten dan alcoholhoudende dranken, hetzij ten gevolge van het zich herhaaldelijk voordoen - ter wille van de afwezigheid van voorzorgsmaatregelen - van fouten van dezelfde aard. Deze bepaling met betrekking tot de leeftijdsgrens van 16 jaar is niet van toepassing indien de betrokkene onder het statuut van verlengde minderjarigheid geplaatst is of lijdt aan een mentaal onevenwicht dat hem onbekwaam maakt voor zijn daden.
- c.** De schade veroorzaakt aan de roerende en onroerende goederen en aan de dieren die een verzekerde onder zijn bewaking heeft.

Artikel 6: Hoe de toepassing van de waarborg bekomen?

1. Alle verzekerden, van wie de aansprakelijkheid betrokken zou kunnen zijn, dienen het schadegeval aan de maatschappij aan te geven binnen een redelijke termijn of, in geval van schriftelijke klacht vanwege de benadeelde derde, binnen 30 dagen nadat de verzekerde kennis gekregen heeft van deze schriftelijke klacht.
De schadeaangifte dient, in de mate van het mogelijke, de oorzaken, de omstandigheden en de vermoedelijke gevolgen van het schadegeval te vermelden, alsook de naam, de voornamen en de woonplaats van de getuigen en van de benadeelde personen.
De verzekeringsnemer en de andere verzekerden dienen zonder verwijl aan de maatschappij, of aan elke andere te dien einde in de bijzondere voorwaarden aangeduide persoon, alle nuttige documenten en inlichtingen die zij vraagt te verstrekken.
De verzekerde moet alle redelijke maatregelen treffen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.
Ten dieneinde worden enkel de volgende kosten die als reddingskosten worden beschouwd, gedekt:
 - de kosten die voortvloeien uit de maatregelen gevraagd door de maatschappij teneinde de gevolgen van een gewaarborgd schadegeval te voorkomen of te beperken;
 - de kosten die voortvloeien uit de dringende en redelijke maatregelen gesteld door de verzekerde als goede huisvader om een gewaarborgd schadegeval te voorkomen in geval van dreigend gevaar of, indien het schadegeval begonnen is, om de gevolgen ervan te voorkomen of te beperken.
2. De verzekerde moet alle citaties, dagvaardingen en meer in het algemeen alle gerechtelijke of buitengerechtelijke stukken binnen de kortste termijn na hun betekening of terhandstelling aan de maatschappij overmaken.
3. Elke erkenning van aansprakelijkheid, elke transactie, elke vaststelling van schade, elke belofte tot schadeloosstelling, elke betaling verricht door de verzekerde zonder de schriftelijke toestemming van de maatschappij is verboden. Worden geenszins als erkenning van aansprakelijkheid beschouwd, de eerste geldelijke hulp, de eerste medische hulp verstrekt door de verzekerde en de eenvoudige erkenning door hem van het bestaan van de feiten.
4. Vanaf het ogenblik dat de maatschappij tot het geven van dekking gehouden is en voor zover deze ingeroepen wordt, is zij verplicht zich achter de verzekerde te stellen binnen de grenzen van de dekking.
Ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en in zover de belangen van de maatschappij en van de verzekerde samenvallen, heeft de maatschappij het recht om, in de plaats van de verzekerde, de vordering van de benadeelde te bestrijden. De maatschappij kan deze laatste vergoeden indien daartoe grond bestaat.
Deze tussenkomsten van de maatschappij houden geen enkele erkenning in van aansprakelijkheid vanwege de verzekerde en zij mogen hem ook geen nadeel berokkenen. De definitieve schadeloosstelling of de weigering tot schadeloosstelling wordt de verzekeringsnemer zo spoedig mogelijk medegedeeld.
De maatschappij die de schadevergoeding betaald heeft, treedt in de rechten en vorderingen die aan de verzekerde kunnen toebehoren.
5. Bij strafrechtelijke veroordeling mag de maatschappij er zich niet tegen verzetten dat de verzekerde de verschillende jurisdictieniveaus uitput, met dien verstande weliswaar dat zij de kosten en honoraria opgelopen bij de uitoefening van de verhaalswegen, waarvoor zij zich niet uitdrukkelijk akkoord verklaard heeft, niet moet dragen.
De maatschappij heeft het recht om de schadevergoedingen te betalen wanneer zij dit gepast acht.
De Maatschappij mag de verzekerde ertoe verplichten om beroep aan te tekenen, maar uitsluitend wat de burgerlijke veroordelingen betreft.
Indien de maatschappij vrijwillig tussengekomen is, dient zij de verzekerde te gelegener tijd in te lichten omtrent elk verhaal dat zij tegen de gerechtelijke beslissing zou instellen.
De verzekerde beslist op eigen risico het door de maatschappij ingestelde verhaal al dan niet te volgen.

Artikel 7: Heeft de benadeelde persoon een eigen recht?

Dit contract geeft de benadeelde persoon een eigen recht tegen de verzekeraar.
De door de maatschappij verschuldigde schadevergoeding komt toe aan de benadeelde persoon, of aan zijn rechthebbenden, met uitsluiting van de overige schuldeisers van de verzekerde.
De maatschappij kan aan de benadeelde persoon de excepties, de nietigheden en het verval van recht voortvloeiend uit de wet of uit het contract en die hun oorzaak vinden in een feit dat zich voor het schadegeval voorgedaan heeft, tegenwerpen.

Artikel 8: Wat zijn de verhaalsvorderingen van de maatschappij?

1. Wanneer de maatschappij t.o.v. de benadeelde personen verplichtingen heeft, beschikt zij, onafhankelijk van elke andere vordering waarop zij recht kan hebben, over een recht van verhaal in de gevallen en tegen de personen omschreven in punt 2 van dit artikel. Het verhaal heeft betrekking op de schadevergoedingen tot de betaling waarvan de maatschappij in hoofdsom gehouden is alsook op de gerechtskosten en op de interesten.
2. De maatschappij heeft een recht van verhaal tegen de verzekerde die:
 - a. met bedrieglijk opzet de verplichtingen bepaald bij artikel 6.1 niet is nagekomen. Dit verhaal wordt integraal uitgeoefend;
 - b. de verplichtingen vermeld in artikel 6.3. niet is nagekomen. In elk geval bestaat het verhaal enkel voor zover en in de mate waarin de maatschappij schade geleden heeft;
 - c. verzuimd heeft een daad te stellen binnen een termijn bepaald door het contract. Dit verhaal kan niet ingesteld worden indien de verzekerde bewijst dat hij de daad zo snel als dit redelijkerwijs mogelijk was, gesteld heeft. In elk geval bestaat dit verhaal enkel indien en in de mate waarin de maatschappij ter wille van dit verzuim schade geleden heeft;
 - d. zich niet onderwerpt aan een door de rechtbank bevolen onderzoeksmaatregel.
Het verhaal bestaat enkel voor zover en in de mate waarin de maatschappij schade geleden heeft.
3. De maatschappij zal de verzekerde kennis geven van haar voornemen om verhaal in te stellen zodra zij op de hoogte is van de feiten waarop dat besluit gegrond is.

2. Verzekering Individuele Ongevallen

Artikel 9: Wie is verzekerd?

Hebben de hoedanigheid van verzekerde de personen die behoren tot een van de categorieën van verzekerden bepaald bij de bijzondere voorwaarden.

Artikel 10: Wat wordt er onder ongeval verstaan?

Het ongeval is de aantasting van de lichamelijke gaafheid veroorzaakt door een plotse gebeurtenis. Zodra de maatschappij het bewijs bezit van een plotse gebeurtenis evenals van een aantasting van de lichamelijke gaafheid, aanvaardt zij - behoudens tegenbewijs te haren laste - dat de aantasting van de lichamelijke gaafheid het gevolg is van de plotse gebeurtenis.

Worden eveneens als ongevallen beschouwd:

- aantastingen van de lichamelijke gaafheid te wijten aan:
 - het onvrijwillig inademen van gassen of dampen of aan de absorptie, bij vergissing, van giftige stoffen;
 - verdrinking;
 - de deelneming aan de redding van personen of goederen in nood;
 - een aanranding;
 - hernia, spierversrekkingen en -scheuren voortvloeiend uit een plotse inspanning;
 - infectie ten gevolge van een gedekt ongeval door een bestaande kwetsuur;
 - ziekten die het rechtstreekse gevolg zijn van een gedekt ongeval.
-

Artikel 11: Op grond van welke algemene criteria worden de prestaties berekend?

De prestaties worden berekend op grond van de verzekerde bedragen vastgelegd door de bijzondere voorwaarden. Indien de aantasting van de lichamelijke gaafheid volledig of gedeeltelijk te wijten is aan een andere omstandigheid dan een gedekte gebeurtenis, komt de maatschappij niet tegemoet in de mate van de weerslag veroorzaakt door deze omstandigheid.

Zo ook, indien de gevolgen van een gedekt ongeval door een niet-gedekte gebeurtenis verergerd worden, komt de maatschappij niet tegemoet in de mate van de verergering.

Artikel 12: Wat is het voorwerp van de waarborg?

1. De waarborg is van toepassing wanneer de verzekerde het slachtoffer is van een ongeval terwijl hij de activiteiten van de omschreven groepering organiseert of eraan deelneemt of terwijl hij zich op de weg van en naar de vergadering bevindt.
2. De waarborg is van toepassing zelfs indien de verzekerde op het ogenblik van het schadegeval gebruik maakt van een gemeenschappelijk vervoermiddel, van een privé-voertuig als bestuurder of passagier, van een fiets of een motorfiets, voor zover hij de wettelijk vereiste leeftijd heeft bereikt om ermee te rijden.

Artikel 13: Wat zijn de waarborgen?

1. Medische en diverse kosten

Ten belope van het maximumbedrag bepaald bij de bijzondere voorwaarden en onder aftrek van de prestaties voortvloeiend hetzij uit een sociale verzekering, hetzij uit de tegemoetkoming van de Staat handelend in uitvoering van de wet van 3/7/1967 op de arbeidsongevallen in de openbare sector, hetzij uit prestaties voortvloeiend uit de toepassing van de wet van 10/04/1971 op de arbeidsongevallen in de privé - sector, betaalt de maatschappij alle behandelingskosten terug die onontbeerlijk zijn voor de genezing en dit tot op het ogenblik van de consolidatie van de toestand van de verzekerde.

Maken deel uit van de behandelingskosten:

- a. de medische, farmaceutische en hospitalisatiekosten;
- b. de kosten van massage, mechanotherapie en andere speciale behandelingen onder voorbehoud van de instemming van het Ziekenfonds; bij gebrek aan instemming van het Ziekenfonds is de tegemoetkoming van de maatschappij afhankelijk van de goedkeuring van haar raadgevende geneesheer;
- c. de kosten van orthopedische apparaten en van protheses;
- d. de kosten voortvloeiend uit de vervanging of de herstelling van orthopedische apparaten en protheses, met uitzondering evenwel van de brillen waarvan het breken niet gepaard gaat met samengaan de lichamelijke letsels.
- e. de vervoerkosten van de verzekerde op de dag van het ongeval bij ernstig schadegeval; de latere vervoerkosten van de verzekerde genoodzaakt door het ongeval en voortvloeiend uit het gebruik van een ander vervoermiddel dan de gemeenschappelijke openbare vervoermiddelen zijn enkel ten laste van de maatschappij voor zover deze haar voorafgaande toestemming tot het gebruik ervan gegeven heeft;
- f. de begrafeniskosten;
- g. de repatriëring- en opsporingskosten wanneer de verzekerde het slachtoffer is van een ongeval in het buitenland, binnen de perken van de gebiedsgeldigheid van het contract:
 - de repatriëringkosten van de verzekerde naar België of, indien hij er zijn gewoontelijke verblijfplaats heeft, naar een van de aangrenzende landen van België, wanneer de geneesheer deze repatriëring voorschrijft om de genezing te bevorderen of wanneer de verzekerde overleden is;
 - de repatriëringkosten van een van de andere verzekerden van wie de geneesheer de aanwezigheid bij het slachtoffer voorschrijft;
 - de opsporingskosten die door derden opgelopen werden en die ten laste vallen van de verzekeringsnemer of van de verzekerden.

2. Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Volgens welke criteria regelen we de prestatie?

We regelen de prestatie die wordt voorzien in de bijzondere voorwaarden voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid (schadevergoeding voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid) in functie van de verminderde werkcapaciteit in het beroep van de verzekerde, of indien het slachtoffer het bewijs kan leveren van een bezoldigde plaatsvervanging. Met dien verstande weliswaar dat deze uitkering vastgesteld zal worden volgens het reëel verlies dat het slachtoffer geleden heeft zonder evenwel het dagelijkse voorziene maximumbedrag te mogen overschrijden.

Wanneer de bijzondere voorwaarden een schadevergoeding voorzien voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid voor een verzekerde die geen beroep uitoefent, is de schadevergoeding hoogstens verplicht tijdens de periode dat de verzekerde het bed moet houden. Indien de verzekerde ophoudt, met of zonder toestemming van een dokter, voortdurend het bed te houden wordt de schadevergoeding verminderd of dientengevolge stopgezet.

Vanaf wanneer en hoe lang betalen we schadevergoeding?

We betalen schadevergoeding vanaf de dag volgend op het begin van de medische behandeling, gedurende de hele duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid tot de definitieve consolidatie, maar ten hoogste gedurende 365 dagen. Indien de bijzondere voorwaarden een termijn voorzien tijdens dewelke wij niet betaalplichtig zijn (carenztijd), vangt deze termijn aan op de dag na de aanvang van de medische behandeling en moet de schadevergoeding pas betaald worden vanaf de dag na diegene waarop deze periode ten einde loopt.

3. Blijvende Invaliditeit

- a. De prestatie blijvende invaliditeit wordt berekend door het verzekerde bedrag met de graad van deze invaliditeit te vermenigvuldigen. Dit bedrag wordt door de bijzondere voorwaarden vastgelegd. Voor de bepaling van de invaliditeitsgraad wordt er geen rekening gehouden met het beroep uitgeoefend door de verzekerde. Wanneer de verzekerde op het ogenblik van het schadegeval jonger is dan 5 jaar, wordt de berekeningsbasis van de prestatie vermeerderd met het bedrag dat bij overlijden van toepassing geweest zou zijn indien de verzekerde ten minste de leeftijd van 5 jaar zou hebben bereikt.
- b. De graad van de blijvende invaliditeit wordt geschat vanaf de consolidatie van de toestand van de verzekerde. Bij gebrek aan consolidatie binnen twee jaar na het ongeval wordt er nochtans een voorlopige graad van blijvende invaliditeit vastgelegd op grond van de gezondheidstoestand van de verzekerde op dat ogenblik. In dat geval betaalt de maatschappij onmiddellijk aan de verzekerde de helft van de prestatie die met deze voorlopige graad overeenstemt. Ten laatste drie jaar na de eerste betaling - die de verzekerde verworven blijft - betaalt de maatschappij het saldo van de prestatie berekend op grond van de definitieve graad van blijvende invaliditeit.
- c. De definitieve graad van blijvende invaliditeit wordt geschat onder verwijzing naar de Officiële Belgische Invaliditeitschaal (O.B.I.S.) in voege bij de consolidatie. Bij bepaling van een voorlopige graad is de gebruikte O.B.I.S. deze die van kracht is bij het verstrijken van de periode van twee jaar volgend op de datum van het ongeval.
- d. Er is geen enkele prestatie van blijvende invaliditeit verschuldigd indien de verzekerde voor de afloop van de termijn van twee jaar bepaald bij b. overlijdt zonder dat de consolidatie binnen deze termijn vastgesteld kon worden.
Indien de verzekerde meer dan twee jaar na de datum van het ongeval overlijdt, zonder dat de consolidatie vastgesteld werd, blijft de helft van de prestatie overeenstemmend met de voorlopige graad van blijvende invaliditeit verworven of verschuldigd, maar er is geen enkele bijkomende prestatie voor blijvende invaliditeit meer verschuldigd.
- e. De prestaties verzekerd bij overlijden en blijvende invaliditeit kunnen niet samengevoegd worden. Indien een prestatie voor overlijden verschuldigd is en indien een prestatie voor blijvende invaliditeit betaald werd of verschuldigd is, is de prestatie met betrekking tot het overlijden enkel betaalbaar in de mate waarin zij de andere prestatie overschrijdt.

4. Overlijden

- a. De tegemoetkoming bij overlijden is verschuldigd wanneer de verzekerde overlijdt binnen een termijn van drie jaar na de dag van het ongeval. Zij is enkel éénmaal betaalbaar zelfs indien er meerdere begunstigden zijn. Haar bedrag wordt door de bijzondere voorwaarden vastgelegd.
- b. Als begunstigde(n) geldt(-en) uitsluitend en in de volgorde hierna: de echtgenoot van de verzekerde, zijn kinderen en zijn andere afstammelingen die voor een vooroverleden kind opkomen, zijn bloedverwanten in de opgaande lijn, zijn broers en zusters en hun kinderen.
- c. Wanneer de verzekerde op de datum van het overlijden jonger is dan 5 jaar, is er geen overlijdenskapitaal verschuldigd.
- d. Wanneer de verzekerde verdwijnt ten gevolge van een verkeers-, lucht- of scheepvaartongeval opgelopen door het gemeenschappelijke vervoermiddel waarvan hij gebruik maakte, is de tegemoetkoming "Overlijden" verschuldigd zelfs indien het wettelijke bewijs van overlijden niet geleverd wordt, maar pas één jaar na dit ongeval. Bij herverschijsing van de verzekerde moet de tegemoetkoming terugbetaald worden door degenen die ze ontvangen hebben; zij is hun evenwel definitief verworven vijf jaar na haar uitkering.

Artikel 14: Treedt de maatschappij in de rechten van de verzekerde?

Wat de behandelings-, vervoer-, opzoekings-, repatriëring- en begrafeniskosten betreft, treedt de maatschappij in de rechten van de verzekerde.

Artikel 15: Hoe de toepassing van de waarborg bekomen?

1. Elk schadegeval dient schriftelijk aangegeven binnen een redelijke termijn te rekenen vanaf het zich voordoen ervan. In elk geval leidt de afwezigheid van de schadeaangifte tot een verval van de waarborgen:
 - bij schadegeval dat het overlijden van de verzekerde of zijn hospitalisatie tot gevolg heeft: binnen een redelijke termijn na het overlijden of na het begin van de hospitalisatie van de verzekerde;
 - bij schadegeval dat een medische ingreep tot gevolg heeft: binnen een redelijke termijn na de eerste medische ingreep;
 - in de andere gevallen: binnen een redelijke termijn na het zich voordoen van het schadegeval. Een medisch attest dient bij de aangifte gevoegd.Indien een van deze termijnen evenwel niet nageleefd werd, past de maatschappij geen enkele sanctie toe in de mate waarin de verzekerde haar het bewijs levert dat deze aangifte zo vlug mogelijk gedaan werd.

2. Om de tegemoetkoming van de maatschappij te bekomen heeft de verzekerde bovendien de verplichting:
 - zich aan de voorschriften van de geneesheer te houden ten einde zijn genezing te bespoedigen en onmiddellijk tot de nodige verzorging over te gaan;
 - zich aan de onderzoeken gevraagd door de maatschappij en door haar raadgevende geneesheer te onderwerpen en zijn geneesheer te verzoeken op al hun vragen om inlichtingen te antwoorden.
3. De verzekerde verklaart ermee in te stemmen dat zijn geneesheer een attest, dat de doodsoorzaak opgeeft, aan de raadgevende geneesheer van de maatschappij overmaakt.
4. Indien een van de verplichtingen bepaald bij dit artikel niet nageleefd wordt en indien deze tekortkoming de maatschappij nadeel berokkent, heeft deze laatste het recht haar prestatie te verminderen ten belope van het opgelopen nadeel.
5. Bij onenigheid van medische aard met betrekking tot de oorzaken of gevolgen van het ongeval wordt de oplossing van deze onenigheid aan twee expertsgeneesheren toevertrouwd; de ene aangesteld door de verzekerde of - bij overlijden - door de begunstigde, de andere door de maatschappij.
Indien beide experts niet tot een akkoord komen, kiezen de partijen samen een derde expert als scheidsrechter.
Bij gebrek aan minnelijke aanduiding van de experts gebeurt deze door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gerede partij.
De gemeenschappelijke gevolgtrekkingen van beide experts of, bij onenigheid tussen hen, deze van de derde expert zijn definitief bindend voor de partijen. De experts worden van elke gerechtelijke formaliteit vrijgesteld. Elke partij draagt de kosten en honoraria van haar expert; deze van de derde expert worden over beiden gehalveerd.

Artikel 16: In welke gevallen geldt de waarborg niet?

1. Onder voorbehoud van de afwijkingen hierna is artikel 33 van toepassing.
2. De waarborgen gelden niet voor de verzekerde die het schadegeval veroorzaakte door zijn opzettelijke daad, zijn zware nalatigheid, zijn kennelijk gewaagde of roekeloze daad. De waarborg wordt evenwel verleend aan de begunstigten van de vergoeding bij overlijden wanneer dit overlijden te wijten is aan een zware nalatigheid of aan een kennelijk gewaagde of roekeloze daad van de verzekerde.
3. De maatschappij verleent haar prestaties niet voor:
 - de gevolgen van zelfmoord of van poging tot zelfmoord;
 - de ongevallen overkomen ten gevolge van de staat van dronkenschap van de verzekerde, of in een analoge toestand veroorzaakt door het gebruik van producten, die niet door een arts voorgeschreven zijn andere dan alcoholhoudende dranken;
 - de gevolgen van oorlogsgebeurtenissen. De waarborgen worden evenwel gehandhaafd gedurende 14 dagen ten gunste van de verzekerde die tijdens een reis in het buitenland door het uitbreken van een staat van oorlog verrast werd.
4. Bij schadegeval overkomen aan de verzekerden in de hoedanigheid van passagier van een vliegtuig zal het totaal van de vergoedingen bij overlijden en blijvende invaliditeit voor één en hetzelfde schadegeval, ongeacht het aantal verzekerdenslachtoffers en het aantal begunstigten, geenszins het bedrag van € 2.478.935,25 mogen overschrijden.

Artikel 17: Alternatief karakter van de waarborg

De waarborg "Individuele Ongevallen" besproken in dit hoofdstuk 2, is alternatief en niet cumulatief met deze besproken in hoofdstuk 1 "Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid". Bijgevolg worden de prestaties van de waarborg "Individuele Ongevallen" enkel betaald in mindering van de vergoedingen die eventueel verschuldigd zouden zijn, krachtens de regels van de aansprakelijkheid, door de verzekerden in Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid.

PROVIDIS

3. Verzekering Rechtsbijstand

In geval van belangenconflict tussen de verzekeringsnemer en elke andere verzekerde zal de maatschappij bij voorkeur steeds het standpunt van de verzekeringsnemer verdedigen.

Wat begrijpt men onder maatschappij?

PROVIDIS N.V.

Rechtsbijstandverzekeraar toegelaten onder het codenummer 1019 om de tak rechtsbijstand te beoefenen.

Maatschappelijke zetel: Nieuwbrugstraat 9 te 1000 Brussel.

H.R. Brussel 553.535.

Artikel 18: wat is het voorwerp van de waarborg?

De waarborg wordt toegekend voor schadegevallen die zich voordoen over de hele wereld met uitzondering van diegene die aangegeven worden binnen het gebied, de wetgeving of rechtspraak van de USA en Canada waarbij de geldelijke sancties vermeld onder de benaming "PUNITIVE DAMAGES" en "EXEMPLARY DAMAGES" evenals alle kosten die eruit voortvloeien uitgesloten zijn.

1. Actieve Rechtsbijstand

De maatschappij verleent haar bijstand aan de verzekerde en belast zich, binnen de perken van het vastgestelde gewaarborgde bedrag in de Bijzondere Voorwaarden, met de kosten en honoraria, namelijk van de raadslieden of de experts, die moeten worden uitgegeven om de vergoeding te bekomen van de schade die aan hem toegebracht werd door derden van wie de burgerrechtelijke aansprakelijkheid betrokken is.

De waarborg geldt echter niet voor de schadegevallen die in verband staan met de activiteit van de verzekerde waarvoor hij kan genieten van de waarborg van de Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid. Onder Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid wordt verstaan de burgerrechtelijke aansprakelijkheid die voortvloeit uit de artikelen 1382 tot 1386bis van het Burgerlijk Wetboek of uit de gelijkaardige bepalingen van buitenlands recht evenals de aansprakelijkheid in geval van brand of ontploffing ingevoerd door de wet van 30 juli 1979.

Bij uitbreiding, geldt de waarborg voor de acties in schadevergoedingen met betrekking tot burenhinder en pollutie zoals beschreven in artikel 544 van het Burgerlijk Wetboek.

2. Passieve Rechtsbijstand

Wanneer de verzekerde vervolgd wordt voor een daad die aanleiding kan geven tot de toepassing van de waarborg van de Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid, binnen de perken van de vastgestelde gewaarborgde bedragen in de Bijzondere Voorwaarden.

Strafrechtelijke verdediging

De maatschappij neemt te haren laste de kosten en honoraria van de raadgever en van de expert die *samenwerken* aan de strafrechtelijke verdediging van de verzekerde, wanneer de benadeelde derden reeds vergoed werden en wanneer de strafrechtelijke verdediging van de verzekerde dus niet meer ten laste komt van de verzekeraar van de Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid.

Strafrechtelijke borgtocht

De maatschappij schiet het bedrag van de strafrechtelijke borgtocht voor - ten belope van 2 6.197,34 € - geëist door de lokale autoriteiten, hetzij voor de invrijheidstelling van de verzekerde die preventief aangehouden is, hetzij voor het behouden van zijn vrijheid, in een vreemd land.

De terugbetaling van de voorgeschoten som als borgtocht, verhoogd met de wettelijke interesten van kracht in België en eventuele kosten van het innen, moet uitgevoerd worden zodra de borgtocht wordt vrijgegeven of een definitieve veroordeling van de verzekerde plaatsvindt.

3. Insolventie van derden

Wanneer een derde, aansprakelijk voor een schadegeval waarvoor de maatschappij krachtens de waarborg Burgerlijk Verhaal tegemoetkwam, insolvent is en voor zover deze insolventie door een rechtspleging van gedwongen uitvoering vastgesteld werd, stelt de maatschappij zich in de plaats van deze derde en stort de maatschappij aan de verzekerde - ten belope van 6.197,34 € - en voor zover geen openbare of privé-instelling als schuldenaar kan aangeduid worden, de schadevergoedingen die hem verschuldigd zijn.

Ongeacht artikel 33 is de volgende schade uitgesloten:

- de morele schade die de verzekerde lijdt door repercussie;
 - het gedeelte van de materiële schade tot 123,95 € (niet geïndexeerd)
-

PROVIDIS

Artikel 19: Wie is verzekerd?

1. **Actieve Rechtsbijstand:** de omschreven groepering.
 2. **Passieve Rechtsbijstand:** de personen die in de waarborg Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid de hoedanigheid van verzekerde hebben.
 3. **Insolventie van derden:** de omschreven groepering en haar leden, voor zover er onder hen geen belangenconflict bestaat.
-

Artikel 20: Wie is derde?

Elke andere persoon dan de personen die in de waarborg Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid de hoedanigheid van verzekerde (zie artikel 2a en b) hebben.

Artikel 21: In welke gevallen geldt de waarborg niet?

1. Ter aanvulling van artikel 33 geldt de waarborg Actieve Rechtsbijstand niet:
 - a. voor de verhaalsvorderingen met betrekking tot schade opgelopen door de verzekerde in de hoedanigheid van eigenaar, bestuurder of houder in welke hoedanigheid ook van een voertuig waarvoor er een wettelijke verzekeringsverplichting bestaat;
 - b. wanneer een rechtsvordering ingesteld moet worden om schadeloosstelling te bekomen:
 - voor schade waarvan het bedrag gelijk is aan of lager is dan de franchise bedoeld bij artikel 5 van het Koninklijk Besluit van 12/01/1984 tot vaststelling van de minimumgarantievoorwaarden in B.A. Privé-leven;
 - voor andere schade waarvan het bedrag gelijk is aan of lager is dan 123,95 €;
 - c. wanneer de verzekerde in cassatie wenst te gaan, terwijl het bedrag van de schade geen 1.239,47 € bereikt of geen 1.239,47 € meer bereikt.
 2. **Passieve rechtsbijstand:**
Wanneer de verzekerde wordt vervolgd voor een feit dat de toepassing van de waarborg Burgerrechtelijke Aansprakelijkheid met zich meebrengt, binnen de beperkingen van de gewaarborgde bedragen vastgesteld in de Bijzondere Voorwaarden.
-

Artikel 22: Hoe de toepassing van de waarborgen bekomen?

1. Met het oog op de toepassing van de waarborg Rechtsbijstand moet de verzekerde ervoor zorgen te gelegener tijd alle rechtsplegingstukken die hem betekend worden aan de maatschappij over te maken en, meer in het bijzonder, de dagvaardingen, de akten van beroep alsmede van verzet en de voorzieningen in cassatie.
 2. Er wordt hem geen enkele termijn voor de aangifte opgelegd, maar hij moet weten dat hij zijn belangen in gevaar brengt wanneer hij de maatschappij niet onmiddellijk inlicht omtrent de overkomen schadegevallen.
-

Artikel 23: Hoe wordt het dossier beheerd?

- a. De maatschappij onderzoekt met de verzekerde de aan te wenden middelen om tot een oplossing te komen. Met uitzondering van dringende bewarende maatregelen, blijven de kosten en honoraria met betrekking tot welke verplichtingen ook, gemaakt zonder de voorafgaandelijke instemming van de maatschappij, ten laste van de groepering en / of de verzekerden.
 - b. Bij meningsverschil met de maatschappij omtrent de gedragslijn die voor de regeling, van het schadegeval gevolgd moet worden, wordt het geschil geregeld overeenkomstig de objectiviteitclausule beschreven in artikel 25.
-

Artikel 24: Kan de verzekerde vrij zijn advocaten en experts kiezen?

- a. 1. De verzekerde is vrij in de keuze van een advocaat of van iedere andere persoon die de vereiste kwalificaties heeft krachtens de op de procedure toepasselijke wet om zijn belangen te verdedigen, te vertegenwoordigen of te behartigen:
 - wanneer overgegaan moet worden tot een gerechtelijke of administratieve procedure;
 - telkens als er zich met de maatschappij een belangenconflict voordoet.

PROVIDIS

2. Indien de verzekerde, voor een zaak die in het buitenland gepleit moet worden, een advocaat kiest die niet ingeschreven is bij een balie van het rechtsgebied waarbinnen de zaak gepleit moet worden, draagt hijzelf de bijkomende kosten en honoraria die uit deze keuze zouden voortvloeien.
 3. De verzekerde wordt verondersteld de aanstelling van een advocaat aan de maatschappij over te laten indien hij zijn keuze niet kenbaar gemaakt heeft, hetzij op het ogenblik van de overmaking van de uitnodiging tot verschijning die hij als beklagde, verweerder of burgerlijke partij ontvangen heeft, hetzij bij gebrek aan dergelijke uitnodiging - binnen 15 dagen na het verzoek dat de maatschappij hem te dien einde richt.
 4. De maatschappij mag zich geenszins de contacten voorbehouden met de advocaat of met de persoon die de vereiste kwalificaties heeft krachtens de op de procedure toepasselijke wet.
- b.** Wanneer er een expert aangesteld moet worden, kan de verzekerde deze vrij kiezen. Indien de verzekerde evenwel een expert kiest, die zijn ambt uitoefent in een provincie of in een buitenlandse administratieve entiteit overeenstemmend met een provincie, andere dan deze waar de opdracht uitgevoerd moet worden, draagt hijzelf de bijkomende kosten en honoraria die uit deze keuze zouden voortvloeien. De verzekerde wordt verondersteld de aanstelling van een expert aan de maatschappij over te laten indien hij zijn keuze niet kenbaar gemaakt heeft binnen 15 dagen na het verzoek dat de maatschappij hem te dien einde richt.
- c.** Indien de maatschappij meent dat de kosten en honoraria van de door de verzekerde gekozen advocaten, deurwaarders en experts, overdreven hoog zijn, verbindt de verzekerde er zich toe, op verzoek van de maatschappij, hetzij de tuchtrechtelijke overheid van wie ze afhangen, hetzij de bevoegde rechtbank te vragen het bedrag hiervan te bepalen.

Artikel 25: Wat gebeurt er bij meningsverschil tussen de verzekerde en de maatschappij?

(objectiviteitsclausule)

Bij meningsverschil met de maatschappij omtrent de gedragslijn die voor de vereffening van het schadegeval gevolgd moet worden en na betekening door de maatschappij van haar standpunt of van haar weigering om de stelling van de verzekerde te volgen, heeft deze verzekerde, onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, het recht een advocaat van zijn keuze te raadplegen.

Indien de advocaat het standpunt van de maatschappij bevestigt, wordt de helft van de kosten en honoraria van deze raadpleging aan de verzekerde terugbetaald.

Indien de verzekerde, tegen het advies van deze advocaat, op zijn kosten een procedure begint en een beter resultaat bekomt dan dit dat hij bekomen zou hebben indien hij het standpunt van de maatschappij gevolgd zou hebben, dient laatstgenoemde haar waarborg te verlenen en de kosten en honoraria van de raadpleging die ten laste van de verzekerde gebleven zouden zijn terug te betalen.

In alle gevallen verbindt de verzekerde er zich toe de maatschappij omtrent de evolutie van het dossier in te lichten. Indien de geraadpleegde advocaat de stelling van de verzekerde bevestigt, is de maatschappij ertoe gehouden - ongeacht de afloop van de procedure - haar waarborg te verlenen, m.i.v. de kosten en de honoraria van de raadpleging.

Artikel 26: Treedt de maatschappij in de rechten van de verzekerde?

Ten belope van het bedrag van haar tegemoetkoming treedt de maatschappij in de rechten die de verzekerde tegenover derden kan laten gelden. De subrogatie breidt zich onder meer uit tot de procedurevergoedingen.

Artikel 27: Wanneer treedt de waarborg in werking en wat is zijn duur?

De bepalingen van artikel 28 zijn van toepassing.

Titel II - Bepalingen gemeenschappelijk aan alle waarborgen

Artikel 28: Wanneer treedt het contract in werking en wat is haar duur?

1. Het contract komt tot stand bij de ondertekening, door de verzekeringsnemer, van de bijzondere voorwaarden. De dekking treedt in werking op de datum vastgesteld door de bijzondere voorwaarden, maar ten vroegste op de datum van de betaling van de eerste provisionele premie.
 2. De duur van het contract bedraagt één jaar op het einde van de verzekeringsperiode wordt het contract van jaar tot jaar stilzwijgend verlengd, tenzij het ten minste drie maanden voor het verstrijken van de lopende periode door een van de partijen opgezegd werd door middel van een aangetekende brief.
 3. Indien een van de partijen een of meerdere waarborgen die het voorwerp van het contract uitmaken opzegt, mag de andere partij het contract in zijn geheel door middel van een aangetekende brief, opzeggen.
-

Artikel 29: wanneer eindigt het contract?

1. De verzekeringsnemer mag het contract opzeggen:
 - a. voor het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig artikel 28.2;
 - b. na elke schadegevalaangifte, maar ten laatste één maand na de kennisgeving door de maatschappij van de betaling of van de weigering tot betaling van de vergoeding;
 - c. bij wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en van het tarief of enkel van het tarief overeenkomstig artikel 31;
 - d. bij faillissement, concordaat of intrekking van de toelating van de maatschappij;
 - e. bij vermindering van het risico, binnen de voorwaarden bepaald bij artikel 32.2;
 - f. wanneer de termijn begrepen tussen de datum van het sluiten van het contract en de datum van zijn inwerkingtreding meer dan één jaar bedraagt; deze opzegging dient ten laatste drie maanden voor de inwerkingtreding van het contract betekend te worden.
 2. De maatschappij mag het contract opzeggen:
 - a. voor het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig artikel 28.2;
 - b. bij opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuistheid in de beschrijving van het risico zowel bij het aangaan van het contract als in de loop van het contract;
 - c. bij onopzettelijke verzwijging of onopzettelijke onjuistheid in de beschrijving van het risico bij het aangaan van het contract onder de voorwaarden bepaald bij artikel 32.1 en bij verzwaaring van het risico onder de voorwaarden bepaald bij artikel 32.2;
 - d. bij niet-betaling van de premie overeenkomstig artikel 30.6;
 - e. na elke schadeaangifte, maar ten laatste één maand na de betaling of de weigering tot betaling van de vergoeding;
 - f. bij publicatie van nieuwe wettelijke bepalingen die een invloed hebben op de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de verzekerden of op de verzekering van deze aansprakelijkheid, maar ten laatste binnen 6 maanden na hun inwerkingtreding.
 3. De opzegging gebeurt door middel van een aangetekende brief. Behoudens voor de gevallen bedoeld bij de artikelen 28.2, 30.6 en 31, heeft de opzegging pas uitwerking na het verstrijken van een termijn van een maand te rekenen vanaf de dag die volgt op haar afgifte ter post.
-

Artikel 30: Wat dient er geweten over de betaling van de premies?

1. De premie is de prijs van de verzekering vermeerderd met de taksen en bijdragen bepaald door de wetten en reglementen.
2. De premie wordt berekend in functie van het aantal eenheden. Elke eenheid die als basis dient voor de berekening van de premie wordt in aanmerking genomen gedurende het volledige verzekeringsjaar, zelfs indien zij enkel gedurende een gedeelte van dat jaar bestaat.
3. De eerste dag van elk verzekeringsjaar moet de verzekeringsnemer de provisionele premie betalen. De maatschappij zendt een bericht van betaling aan de verzekeringsnemer of biedt hem een kwitantie aan om hem er aan te herinneren dat hij deze provisie verschuldigd is.
4. De verzekeringsnemer heeft de verplichting het aantal eenheden dat bestemd is om als basis te dienen voor de berekening van de definitieve premie aan de maatschappij mede te delen, dit binnen de maand van de aanvraag die hem gericht wordt en door middel van het vereiste formulier. Vervolgens richt de maatschappij een bericht van betaling aan de verzekeringsnemer of biedt hem een kwitantie aan en met vermelding van het bedrag van de definitieve premie aan het verschuldigde saldo of eventueel, van het verschil op de terugbetaling waarop hij aanspraak kan maken. De maatschappij vordert geen betaling en verricht ook geen terugbetaling wanneer het premieverschil minder dan 12,39 € bedraagt.

5. De maatschappij mag de verklaringen van de verzekeringsnemer nagaan. De verzekeringsnemer verbindt er zich toe alle nodige documenten ter beschikking te stellen van de afgevaardigden van de maatschappij.
6. Bij niet - betaling van de provisionele of definitieve premie mag de maatschappij de dekking van het contract schorsen of het contract opzeggen, op voorwaarde dat de verzekeringsnemer door middel van een aangetekende brief ter post afgegeven in gebreke gesteld werd.

De schorsing van de dekking of de opzegging van het contract heeft uitwerking na het verstrijken van een termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte ter post van de aangetekende brief.

Indien de dekking geschorst werd, maakt de betaling van de vervallen premies door de verzekeringsnemer, in voorkomend geval vermeerderd met de interesten, zoals nader bepaald in de laatste aanmaning of gerechtelijke beslissing, een einde aan deze schorsing, met inwerkingtreding om 0 u van de dag die volgt op de ontvangst van de gelden door de maatschappij.

Wanneer de maatschappij haar verplichting tot het verlenen van dekking geschorst heeft, kan zij het contract nog opzeggen indien zij zich dat recht in de ingebrekestelling bedoeld bij alinea 1 voorbehouden heeft; in dat geval wordt de opzegging ten vroegste van kracht na het verstrijken van een termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing. Indien de maatschappij zich dit recht niet voorbehouden heeft, geschiedt de opzegging na een nieuwe ingebrekestelling overeenkomstig alinea's 1 en 2. De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de maatschappij om de later vervallen premies nog te eisen op voorwaarde dat de verzekeringsnemer in gebreke gesteld werd overeenkomstig alinea 1. Het recht van de maatschappij wordt evenwel tot de premie van twee opeenvolgende jaren beperkt.

Artikel 31: Wat gebeurt er bij verhoging van het tarief of bij vermindering van de waarborgen?

Wanneer de maatschappij de verzekeringsvoorwaarden en haar tarief of enkel haar tarief wijzigt, past zij dit contract op de volgende jaarlijkse vervalddag aan. Ten minste 90 dagen voor deze vervalddag geeft zij de verzekeringsnemer kennis van deze aanpassing. De verzekeringsnemer mag het contract evenwel opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Hierdoor eindigt het contract op de volgende jaarlijkse vervalddag.

De mogelijkheid tot opzegging waarvan sprake in de vorige alinea bestaat niet wanneer de wijziging van het tarief of van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit uit een verrichting van algemene aanpassing die door de bevoegde overheden opgelegd wordt en die, in haar toepassing, voor alle maatschappijen uniform is.

Artikel 32: wat zijn de aangifteverplichtingen van de verzekeringsnemer?

1. Bij de ondertekening van het contract:

De verzekeringsnemer heeft de verplichting om, bij het aangaan van het contract, juist aangifte te doen van alle omstandigheden die hij kent en die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die voor de maatschappij, bij de beoordeling van het risico, belangrijk zijn. Indien er op bepaalde schriftelijke vragen vanwege de maatschappij niet geantwoord wordt en indien de maatschappij het contract toch gesloten heeft, kan zij zich later op deze verzwijging niet beroepen, behalve bij bedrog.

Wanneer de opzettelijke verzwijging of de opzettelijke onjuistheid de maatschappij omtrent de beoordelingsgegevens- van het risico misleidt, is het contract nietig. De premies die vervallen zijn op het ogenblik waarop de maatschappij kennis kreeg van de opzettelijke verzwijging of de opzettelijke onjuistheid blijven haar verschuldigd.

Wanneer de verzwijging of de onjuistheid in de aangifte onopzettelijk is, stelt de maatschappij, binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwijging of van de onjuistheid kennis gekregen heeft, de wijziging van het contract voor, met inwerkingtreding op de dag waarop zij kennis gekregen heeft van de verzwijging of van de onjuistheid. Indien het voorstel tot wijziging van het contract door de verzekeringsnemer geweigerd wordt of indien dit voorstel, na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, niet aanvaard wordt, mag de maatschappij het contract binnen 15 dagen opzeggen.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het risico niet verzekerd zou hebben, mag zij het contract evenwel opzeggen binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij kennis gekregen heeft van de verzwijging of van de onjuistheid.

2. In de loop van het contract:

De verzekeringsnemer heeft de verplichting om, onder de voorwaarden van de eerste paragraaf van artikel 32.1, de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen in de omstandigheden 1 aan te geven die van aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet te bewerkstelligen. Wanneer het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet zo verzaamd is dat de maatschappij, indien de verzwaring bij het aangaan van het contract bestaan had, de verzekering enkel tegen andere voorwaarden toegestaan zou hebben, moet zij, binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwaring kennis gekregen heeft, de wijziging van het contract voorstellen met terugwerkende kracht op de dag van de verzwaring. Indien het voorstel tot wijziging van het contract door de verzekeringsnemer geweigerd wordt of indien dit voorstel, na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, niet aanvaard wordt, mag de maatschappij het contract binnen 15 dagen opzeggen.

Indien de maatschappij het bewijs levert dat zij het verzwaarde risico in geen enkel geval verzekerd zou hebben, mag zij het contract opzeggen binnen de termijn van één maand te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verzwaarde kennis gekregen heeft.

3. In geval een schadegeval zich voordoet:
 1. a. Indien verzwijging of een onjuiste verklaring bij de ondertekening van het contract verweten kan worden aan de verzekeringsnemer en indien een schadegeval gebeurt voordat de wijziging van het contract of de opzegging van het contract plaatsgevonden heeft, is de maatschappij gehouden het schadegeval op zich te nemen en dit volgens het verband tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringsnemer betaald zou moeten hebben indien hij regelmatig het risico had gemeld.
 - b. Indien echter naar aanleiding van een schadegeval, de maatschappij het bewijs levert dat zij in geen enkel geval het risico verzekerd zou hebben waarvan de werkelijke aard door het schadegeval ontdekt wordt, is haar prestatie beperkt tot de terugbetaling van het totaal van de betaalde premies.
 2. a. Indien, in de loop van het contract, een schadegeval zich voordoet voor de inwerkingtreding van de wijziging of de opzegging van de verzekering en indien de verzekeringsnemer een verplichting bepaald bij artikel 32.2 hierboven heeft vervuld, neemt de maatschappij het schadegeval op zich binnen de perken van het contract.
 - b. Indien de verzekeringsnemer deze verplichting van de aangifte in de loop van het contract niet vervuld heeft en indien dit gebrek van aangifte hem wraakbaar is, voert de maatschappij haar prestatie uit volgens het verband tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringsnemer zou moeten betaald hebben indien de verzwaarde risico verzekerd zou hebben, is haar prestatie in geval van schadegeval beperkt tot de terugbetaling van het totaal van de betaalde premies.
 - c. Indien de verzekeringsnemer met een frauduleuze bedoeling heeft gehandeld, kan de maatschappij haar waarborg weigeren en is de verzekeringsnemer haar, als schade en interesten, de vervallen premies tot het moment waarop de maatschappij kennis heeft genomen van de fraude verschuldigd.
4. Vermindering van het risico:

Wanneer, in de loop van het contract, het risico dat er zich schade voordoet aanzienlijk en blijvend verminderd is en wel zo dat de Maatschappij, indien deze vermindering bij het aangaan van het contract bestaan zou hebben, de verzekering tegen andere voorwaarden toegestaan zou hebben, verleent zij een overeenkomstige vermindering van de premie vanaf de dag waarop zij van de vermindering van het risico kennis gekregen heeft. Indien de contracterende partijen het over de nieuwe premie niet eens worden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aanvraag tot vermindering ingediend door de verzekeringsnemer, mag deze laatste het contract opzeggen.

Artikel 33: In welke gevallen gelden de waarborgen niet?

1. De waarborgen gelden ten voordele van geen enkele verzekerde voor de schadegevallen:
 - a. die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeien uit de wijziging van de atoomkern, uit de radioactiviteit en uit de productie van ioniserende stralingen. De waarborg van hoofdstuk 2 "Verzekering Individuele Ongevallen" wordt nochtans verleend voor de gevolgen van de medische bestralingen genoodzaakt door de behandeling van de verzekerde die het slachtoffer is van een gedekt ongeval;
 - b. die zich voordoen tijdens de beoefening van sporttakken waarvoor het Ministerie, dat de Opvoeding onder zijn bevoegdheden heeft, gewoonlijk geen toelating verleent of van sporttakken die, hoewel gewoonlijk toegelaten door het hiervoor vermelde Ministerie, niet toegelaten geweest zouden zijn door de bevoegde schoolautoriteit of door elke andere persoon aan wie deze autoriteit haar bevoegdheden, zelfs stilzwijgend, overgedragen zou hebben.

Het beoefenen van de volgende sporttakken wordt nochtans:

 - 1° steeds van de verzekering uitgesloten:
 - vliegsporten zoals deltavliegen, parapenting, ULM;
 - sporttakken die het gebruik van motortuigen impliceren;
 - benjisspringen
 - 2° van de verzekering uitgesloten, behalve bij tegengestelde vermelding in de bijzondere voorwaarden en tegen betaling van een premiesupplement:
 - vechten en verdedigingssporttakken; oosterse vechtsporten blijven steeds uitgesloten,
 - diepte duiken buiten België,
 - het beoefenen van kletteren,
 - speleologie en alpinisme buiten België,
 - wintersporten buiten een straal van 50 km van de Belgische grenzen zoals alpine skiën, bobsleigh, skeleton, rodelslee.
 - het besturen van een kart of een quad behalve wanneer dit beoefend wordt op gesloten omloop en zonder wedstrijd- of snelheidscriterium.
 - parachutisme, zweefvliegen

2. De verzekerde is niet gedekt voor de schadegevallen die zich voordoen tijdens vliegtuigreizen wanneer hij zich aan boord bevindt in de hoedanigheid van piloot, leerling-piloot of lid van het boordpersoneel.
3. De boeten, de opdecimen, de transacties met het Openbaar Ministerie en de gerechtskosten in strafrechtelijke zaken of inzake jeugdbescherming neemt de Maatschappij nooit ten laste.

Artikel 34: Hoe de toepassing van de waarborgen bekomen?

1. Een schadeaangifte dient, rechtstreeks of door bemiddeling van het bevoegde Interdiocesaan Bureau, aan de maatschappij gericht binnen een termijn vermeld in de bepalingen eigen aan de verschillende waarborgen.
De aangifte - voor zover mogelijk opgesteld op een speciaal hiervoor bestemd formulier - verstrekt alle nodige inlichtingen over de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van het schadegeval. Zij vermeldt o.a. de identiteit van de slachtoffers en eventuele getuigen.
2. Andere formaliteiten zijn soms noodzakelijk. De beschrijving ervan wordt in de voorwaarden eigen aan elke waarborg gegeven.

Artikel 35: Nog enkele nadere bijzonderheden,

1. De mededelingen bestemd voor de maatschappij Fortis AG dienen rechtstreeks gericht aan haar maatschappelijke zetel in België, E. Jacquainlaan 53 te 1000 Brussel.
De mededelingen bestemd voor de maatschappij Providis dienen rechtstreeks gericht aan haar maatschappelijke zetel in België, Nieuwbrugstraat 9 te 1000 Brussel.
2. De mededelingen van de maatschappij worden gericht aan het adres van de verzekeringsnemer dat in de bijzondere voorwaarden vermeld wordt of aan het adres dat de verzekeringsnemer haar nadien schriftelijk medegedeeld heeft.
3. Het contract wordt beheerd door de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en door haar uitvoeringsbesluiten.
De Rechtsbijstandsverzekering is eveneens onderworpen aan het Koninklijke Besluit van 12 oktober 1990 betreffende de Rechtsbijstandsverzekering.
4. Bepalingen van de wet van 08/12/1992 met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. De persoonsgegevens, die in het document dat u zopas invulde vermeld worden, worden ingezameld met het oog op de uitgifte en het beheer van het contract evenals met het oog op het beheer van eventuele latere schadegevallen.
Deze gegevens zullen opgenomen worden in de bestanden die voor dit beheer noodzakelijk zijn alsook in ons bestand "algemeen repertorium". Wij zullen deze gegevens eveneens mogen gebruiken om u informatie te verstrekken of u een mededeling te richten die u zou kunnen aanbelangen.
Deze gegevens zullen eveneens opgenomen kunnen worden in een bestand bestaand op het niveau van de verzekeringssector en beheerd door de dienst Datassur van het ESV Datassur.
U heeft het recht om ons mededeling te vragen van deze persoonsgegevens vermeld in deze bestanden tegen betaling van een bijdrage van 2.48 €.

Bij onjuistheid of indien deze gegevens niet ter zake dienen, mag u ons eveneens de rechtzetting ervan, hun afschaffing of het verbod van hun gebruik aanvragen.

Een dergelijke aanvraag dient schriftelijk - gedateerd en ondertekend - gericht aan Fortis AG, Houder van het bestand, Dienst Repertorium - Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, E. Jacquainlaan 53 te 1000 Brussel.

U mag eveneens het openbare register van de geautomatiseerde verwerkingen van de persoonsgegevens, dat gehouden wordt bij de commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, raadplegen (Ministerie van Justitie, Poelaertplein 3 1000 Brussel)
5. Indien u klachten hebt, bel of schrijf ons. Wij zullen alles in het werk stellen om u te helpen. U kunt overigens ook met uw klachten terecht bij de ombudsman van de B.V.V.O., Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel of bij de Controledienst van de Verzekeringen, Kortenberglaan 61, 1000 Brussel.

"FORTIS AG" N.V.
Gevestigd te 1000 Brussel, E. Jacquainlaan 53.
Verzekeringsonderneming toegelaten onder
codenummer 0079 om alle takken "Niet-Leven"
te beoefenen, behalve de takken "Krediet"
(tak 14) en "Borgtocht" (tak 15) - (K.B. van 4.7.79 -
B.S. van 14.7.79 en K.B. van 17.1.90 - B.S. van 13.2.90)
H.R. BRUSSEL 345.622

"PROVIDIS" N.V.
Gevestigd te 1000 Brussel, Nieuwbrugstraat 9.
Rechtsbijstandverzekeraar toegelaten
onder het codenummer 1019 om de tak
rechtsbijstand te beoefenen.
H.R. BRUSSEL 553.535

“FORTIS AG” N.V.

Gevestigd te 1000 Brussel, E. Jacquainlaan 53.
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0079 om alle takken “Niet-Leven” te beoefenen, behalve de takken “Krediet” (tak 14) en “Borgtocht” (tak 15) - (K.B. van 4.7.79 - B.S. van 14.7.79 en K.B. van 17.1.90 - B.S. van 13.2.90) H.R. BRUSSEL 345.622

“PROVIDIS” N.V.

Gevestigd te 1000 Brussel, Nieuwbrugstraat 9.
Rechtsbijstandverzekeraar toegelaten onder het codenummer 1019 om de tak rechtsbijstand te beoefenen.
H.R. BRUSSEL 553.535

BIJZONDERE VOORWAARDEN

RISICO'S	VEZEKERDE BEDRAGEN
	leiding & leden in euro
BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID (per gebeurtenis) <ul style="list-style-type: none">▶ Lichamelijke schade▶ Materiële schade met inbegrip van deze veroorzaakt door brand, ontploffing, rook, water en glasbreuk tot beloop van maximaal	14.873.611,87 2.478.935,25 619.733,81
LICHAMELIJKE ONGEVALLEN <ul style="list-style-type: none">▶ Medische kosten tot beloop van beperkt per slachtoffer tot maximaal met inbegrip van:▶ tandprothese tot beloop van met een maximum per tand van▶ verzorging in het buitenland tot beloop van max.▶ begrafeniskosten tot beloop van maximaal▶ kosten niet bepaald door de AO-tarieven tot beloop van maximum	1 x barema AO 24.789,35 1.487,36 371,84 3.718,40 1.859,20 247,89
DAGVERGOEDING Tijdelijke arbeidsongeschiktheid met een dagvergoeding ten hoogste gedurende één jaar van maximum	5,95 per dag
OVERLIJDEN - per slachtoffer	4.957,87
BLIJVENDE INVALIDITEIT - per slachtoffer	12.394,68
GERECHTELIJKE BESCHERMING <ul style="list-style-type: none">▶ insolventie van derden▶ strafrechtelijke borgtocht	12.394,68 6.197,34 6.197,34

De premie voor de waarborgen “BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID”, “LICHAMELIJKE ONGEVALLEN”, “OVERLIJDEN EN INVALIDITEIT” en “RECHTSBIJSTAND” worden geregeld via de aansluitingsformulieren.

Voor de waarborg “DAGVERGOEDING” betaal je een afzonderlijke premie.

Alle leid(st)ers en leden die deze waarborg willen afsluiten, geven de namen en adressen op een afzonderlijke lijst door, te verkrijgen op Kipdorp 30 - 2000 Antwerpen.

PRAKTISCHE INLICHTINGEN

Aanvraag formulieren

Alle verzekeringsformulieren kunnen aangevraagd worden op het nationaal secretariaat of via www.chiro.be/formulieren.

HOE IN TE VULLEN?

- ▶ Het polisnummer is het stamnummer van je groep
- ▶ Voor het aangeven van een ongeval met alleen Burgerlijke Aansprakelijkheid bestaan er geen geijkte formulieren.
Hiervoor moet je schriftelijk een verslag opstellen. Eventueel zal je het bestek van de aangerichte schade bijvoegen.

Wij raden je aan altijd een proces-verbaal te laten opstellen door politie of rijkswacht wanneer de Burgerlijke Aansprakelijkheid in een ongeval aan de orde is.

Bij regeling van een ongeval wordt de schade altijd rechtstreeks aan de schadelijder uitgekeerd. De wet van 9 augustus 1963 op de ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft de verzekeringsmaatschappijen ertoe verplicht de formules van de verzekeringen 'Jeugdgroepen' te wijzigen. Inderdaad, de mutualiteiten zijn verplicht tussen te komen in de terugbetaling van de medische en aanverwante kosten, voortvloeiend uit een ongeval overkomen aan kinderen en jongeren van je groep. Die tussenkomst is verplichtend, niet alleen voor de ongevallen op de weg, maar ook voor ongevallen tijdens de activiteiten van de jeugdbeweging.

Enkele administratieve formaliteiten moeten door de ouders van de getroffen kinderen worden volbracht (wij kunnen je deze last spijtig genoeg niet besparen). Nadat de aangifte van het ongeval door de leiding aan onze makelaar werd verstuurd, meldt die de ontvangst van de ongevalsaangifte aan de ouders. Om de maximumtussenkomst van die kosten te kunnen krijgen, vragen wij zeer nauwkeurig de hierna vermelde richtlijnen te willen volgen.

WAT TE DOEN?

A. ALS JE BENT AANGESLOTEN BIJ EEN MUTUALITEIT

1. Je moet zelf de onkostennota's vereffenen die je worden aangeboden door de dokter, het ziekenhuis, de apotheker of anderen.
2. De onkostennota's aanbieden aan je mutualiteit.
3. Ten slotte de hierna vermelde stukken bezorgen aan de verzekeringsdiensten van IC vzw, Rozenstraat 28, 3500 Hasselt.
 - a. de verschilstaat van de mutualiteit;
 - b. de originele kostennota's voor dewelke de mutualiteit geen tussenkomst voorziet.
De vergoedingen worden rechtstreeks aan het slachtoffer uitbetaald.

B. INDIEN JE NIET AANGESLOTEN BENT BIJ EEN MUTUALITEIT

1. Je moet zelf de onkostennota's vereffenen die je worden aangeboden door de dokter, het ziekenhuis, de apotheker of anderen.
2. Tenslotte de alle originele stukken overmaken aan de verzekeringsdiensten van het IC vzw, Rozenstraat 28 te 3500 Hasselt.
De vergoedingen worden rechtstreeks aan het slachtoffer uitbetaald.

HOE EEN ONGEVAL GOED AANGEVEN??

PROCEDURE BIJ ONGEVAL

(te volgen door de verzekerde (slachtoffer) en/of verzekeringsnemer (onderschrijver).

LICHAMELIJKE SCHADE

Gebruik het ongevalsangifteformulier, eventueel aangevuld met een nota voor bijkomende inlichtingen. Wij beperken ons hier tot de ongevalsangifte voor lichamelijke schade.

Het ongevalsangifteformulier bestaat uit:

- ▶ de ongevalsangifte
- ▶ het medisch getuigschrift

Binnen welke termijn, waar en door wie moeten de ongevalaangifte documenten worden ingediend?

ONGEVALSVERKLARING	MEDISCH GETUIGSCHRIFT	ONKOSTEN
Binnen de kortst mogelijke tijd	<ul style="list-style-type: none">▶ zo mogelijk samen met de ongevalsangifte▶ wordt de ongevalsangifte zonder dit document opgestuurd, gelieve dan na te gaan of dit document verstuurd wordt.	
IN TE VULLEN DOOR		
De leiding	De behandelende geneesheer	<ul style="list-style-type: none">▶ de mutualiteit (verschilstaat)▶ apothekerskosten via formulier BVACN
TE STUREN AAN		
IC vzw Kempische steenweg 404 3500 Hasselt		

BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

Voor de aangifte van die schadegevallen bestaan er geen geijkte formulieren. Ze worden per brief aangegeven met vermelding van alle NUTTIGE gegevens zoals:

- ▶ plaats en datum
- ▶ omstandigheden
- ▶ identiteit van de betrokkenen
- ▶ raming van de schade
- ▶ familiale polisnummers van de betrokken partijen

OPGELET

Er kan slechts overgegaan worden tot de vergoeding van het slachtoffer wanneer wij in het bezit zijn van ALLE documenten.

De opgave van de bankrekening zal de regeling bespoedigen.

Mocht je problemen hebben in verband met de procedure, of klachten ontvangen over de regeling, aarzel niet, contacteer onmiddellijk onze diensten

Chirojeugd-Vlaanderen vzw

Kipdorp 30

2000 Antwerpen

03-231 07 95 | Verzekeringen@chiro.be | www.chiro.be/verzekeringen

Interdiocesaan Centrum (IC)

Kempische steenweg 404

3500 Hasselt

011-87 04 11 | 011-87 04 88

info@interdio.be | www.interdio.be

**VERGEET NIET JE STAMNUMMER
TE VERMELDEN**

