Algemene voorwaarden Welcome to Schengen 15-06-2010

Uw overeenkomst bestaat uit twee delen

- De algemene voorwaarden die het reglement van de overeenkomst vormen. Ze bepalen de rechten en plichten zowel voor de verzekeraar als voor de verzekerden.
- De bijzondere voorwaarden vermelden de voor u persoonlijke overeenkomstgegevens, dit zijn de aanvangsdatum en looptijd van de overeenkomst, de identiteit van de verzekeringsnemer en, voor de overeenkomsten op korte termijn, de verzekerde personen, de beschrijving van het (de) verzekerde voertuig(en), de gekozen bijstandsformule en de premie.

De bijzondere voorwaarden zijn een aanvulling op de algemene voorwaarden, en vervangen deze in de mate waarin ze elkaar tegenspreken.

Na ondertekening van deze overeenkomst kunt u genieten van de infrastructuur en de internationale en meertalige organisatie van de verzekeraar. Onze diensten helpen u bij alle situaties die hierna in de algemene voorwaarden worden beschreven.

U kunt met andere problemen te maken krijgen. Aarzel in dit geval niet om een beroep te doen op onze diensten. In het kader van een bijstandsaanvraag kunt u, bijvoorbeeld, ook beroep doen op onze tolken of, in bepaalde omstandigheden, genieten van een voorschot. Wij zullen alles doen om u te helpen.

Neem bij problemen steeds contact op met de verzekeraar, zodat we u optimaal kunnen helpen. In het algemeen worden garanties slechts aan u toegekend indien de bijstand wordt georganiseerd door de verzekeraar.

1. BEPALINGEN

1.1. Lichamelijk ongeval

De plotse gebeurtenis buiten de wil van de verzekerde die leidt tot een lichamelijk letsel dat door een bevoegd geneesheer wordt vastgesteld, en waarvan de oorzaak buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

1.2. Verzekerde

De persoon vermeld in de bijzondere voorwaarden van de overeenkomst.

1.3. Bevoegd geneesheer

De beoefenaar van de geneeskunde die is erkend door de Belgische wetgeving of door de wetgeving die van kracht is in het betrokken land.

1.4. De verzekeraar

1.5. Overeenkomst

De verzekeringsovereenkomst die bestaat uit deze algemene voorwaarden en de bijzondere voorwaarden.

1.6. Vrijstelling

Het forfaitair vastgelegde bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde in geval van tenlasteneming van een verzekerde gebeurtenis.

1.7. Medisch incident

De ziekte of het lichamelijk ongeval waarbij een verzekerde is betrokken, en waarvoor medische spoedbehandelingen en / of spoedhospitalisatie is vereist.

1.8. Ziekte

Elke onvrijwillig gezondheidsprobleem dat medisch aantoonbaar is.

1.9. Staat van verblijf

Het betreft het land dat in de bijzondere voorwaarden wordt vermeld.

1.10. Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon of de rechtspersoon die de verzekeringsovereenkomst afsluit.

1.11. Repatriëring of repatriëring om medische redenen

Het transport van een zieke of gewonde verzekerde, vergezeld door medisch personeel (arts en / of verpleger), naar een zorgcentrum. Een repatriëring wordt slechts in een medisch noodgeval overwogen, wanneer een aangepaste behandeling ter plaatse onmogelijk is.

1.12. Bijstandsdienst

Dienst die de prestaties beschreven in deze voorwaarden organiseert, en hiervoor zorgt binnen de beperkingen die tevens in deze voorwaarden worden beschreven.

2. VOORWERP, OMVANG EN TOEPASSING VAN DE BIJSTAND

2.1. Voorwerp

De verzekeraar garandeert, tot beloop van de bedragen vermeld in deze algemene voorwaarden, belasting inbegrepen, een bijstandsdienst wanneer de verzekerde het slachtoffer is van gebeurtenissen bepaald in deze voorwaarden, en ruimer, een bijstand in situaties die in deze voorwaarden worden beoogd.

2.2. Territoriale omvang

De bijstandsdienst wordt verkregen in alle landen die deel uitmaken van de Schengenzone op het moment van de verzekerde gebeurtenis, alsook in Zwitserland en Liechtenstein. In alle gevallen dekken deze garanties niet de staat van verblijf.

2.3. Te volgen procedure bij medisch incident

Neem contact op met de callcenters zodra de situatie uitgaven doet vermoeden die behoren tot de hierna beschreven garanties. Het callcenter is 24 uur op 24, 7 dagen op 7 beschikbaar op het telefoonnummer dat op de bijzondere voorwaarden wordt vermeld.

De informatie die u moet doorgeven aan het callcenter:

. het nummer van uw overeenkomst;
. het adres en het telefoonnummer waarop men u kan bereiken en de gegevens van de plaatselijke contactpersonen;
. het dossiernummer dat u bij uw eerste oproep werd gemeld.

De verzekerde moet, voor een vraag om terugbetaling van de voorschotten na akkoord van de verzekeraar, alle bewijsstukken voorleggen voor de rechtmatigheid van de aanvraag.

3. TOEKENNINGSVOORWAARDEN VAN DE BIJSTANDSDIENST

A. De verzekeraar zal alles in het werk stellen om de verzekerde tijdens de vastgestelde private of professionele gebeurtenissen bij te staan. Deze gebeurtenissen zijn gedekt tijdens de geldigheidsperiode van de overeenkomst, binnen de grenzen van de territoriale omvang van de overeenkomst en de gewaarborgde bedragen, belasting inbegrepen.

B. De keuze van het meest geschikte transportmiddel wordt gemaakt door De verzekeraar; indien de te overbruggen afstand minder bedraagt dan 1000 km, zal de trein (eerste klasse) het primaire transportmiddel zijn; indien de te overbruggen afstand meer bedraagt dan 1000 km, zal het lijnvliegtuig (economy class) het prioritaire transportmiddel zijn, behoudens andersluidende bepaling in de overeenkomst.

C. Voor alle prestaties geweigerd door de verzekerde of georganiseerd zonder akkoord van De verzekeraar vervalt achteraf het recht op een terugbetaling of een schadeloosstelling. De gebeurtenis moet verplicht aan de verzekeraar worden gemeld zodra het is opgetreden. Bovendien moet een verklaring van de lokale autoriteiten of de hulpdiensten worden voorgelegd.

D. De garantie is beperkt tot de verzekeringsperiode die wordt vermeld in de bijzondere voorwaarden.
De garantie is in alle gevallen beperkt tot verplaatsingen van maximaal 6 opeenvolgende kalendermaanden.

4. BIJSTAND VAN DE PERSOON IN DE SCHENGENZONE NA EEN MEDISCH INCIDENT

4.1. Medische bijstand

Bij een medisch incident contacteert het medisch team van de verzekeraar, om een tussenkomst te garanderen die het beste is aangepast aan de toestand van de verzekerde, de ter plaatse behandelende arts vlak na de eerste melding van de verzekerde.

In alle gevallen worden de lokale autoriteiten geacht de eerste zorgen te organiseren.

4.2. Dragen van de medische kosten

Bij een medisch incident draagt de verzekeraar de kosten van volgende medische zorgen:

- honoraria van artsen en chirurgen;

- medicijnen voorgeschreven door een plaatselijke arts of chirurg;

- kosten voor dringende tandheelkundige zorgen ten belope van maximaal 150 EUR per verzekerde;

- de hospitalisatiekosten voor zover de verzekerde door de artsen van de verzekeraar onvervoerbaar wordt geacht;

- de kosten voor een transport over een plaatselijk traject dat door een arts wordt bevolen.

Deze gedragen kosten vormen een aanvulling op de terugbetalingen en / of gedragen kosten verkregen door de verzekerde of rechthebbenden bij derde betalers en / of elke andere voorzorgsinstelling of sociale zekerheidsinstelling waarbij hij is aangesloten.

4.3. Repatriëring of transport na een medisch incident

Indien de verzekerde wordt gehospitaliseerd na een medisch incident, en het medisch team van de verzekeraar zijn transport naar een medisch centrum dat beter is uitgerust, gespecialiseerder is of zich dichter bij zijn staat van verblijf bevindt, organiseert en zorgt de verzekeraar voor de repatriëring of het ziekenvervoer van de zieke of gewonde verzekerde, indien nodig onder medisch toezicht, en volgens de ernst van het geval per:

- trein (eerste klasse);

- ziekenwagen;

- regulier lijnvliegtuig, economy class, indien nodig met speciale indeling;

- vliegtuig voor ziekenvervoer.

Indien de toestand van de verzekerde geen hospitalisatie vereist, gebeurt het transport tot de staat van verblijf.

De arts van de verzekeraar beslist over het transport en de ter beschikking te stellen middelen uitsluitend in functie van de technische en medische verplichtingen. De arts van de verzekeraar dient verplicht zijn keuze kenbaar te maken voor elk transport.

4.4. Repatriëren van het stoffelijk overschot en begrafenis

Bij overlijden van een verzekerde, en indien de familie beslist om hem te begraven of te cremeren in de staat van verblijf, organiseert de verzekeraar de repartriëring van het stoffelijk overschot en draagt hiervoor de kosten:

- de balsemingskosten;

- de kistingskosten;

- de kosten van de doodskist ten belope van maximaal 750 EUR;

- de kosten voor het transport van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van begrafenis of crematie.

De andere kosten, meer bepaald deze voor de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling of crematie, worden niet door de verzekeraar ten laste genomen.

Bij begrafenis of crematie in het land van overlijden draagt de verzekeraar de kosten voor dezelfde prestaties als hierboven worden vermeld.

Voor de dekking van de kosten bij overlijden betaalt de verzekeraar tot 3.000 EUR per verzekerde.

5. UITBREIDINGSOPTIE - GARANTIES

Indien de verzekerde heeft ingetekend op de optionele uitbreiding van de garanties, heeft hij recht op volgende garanties:

5.1. Territoriale omvang

De bijstandsdienst wordt verkregen in alle landen binnen de Schengenzone op het moment van de verzekerde gebeurtenis, alsook in Liechtenstein en de landen van de Europese Unie buiten de Schengenzone.

5.2. Repatriëring van andere verzekerden die het slachtoffer vergezellen

Bij het repatriëren van een verzekerde organiseert de verzekeraar de terugkeer van de verzekerde en minderjarige verzekerde kinderen die het slachtoffer in hun staat van verblijf vergezellen op het lijnvliegtuig (economy class) of op de trein (eerste klasse) in voorkomend geval.
De verzekeraar draagt hiervoor de kosten. Deze verzekerden zullen eerst proberen hun retourtickets in te wisselen.

5.3. Repatriëring van bagage

Bij repatriëring van bagage organiseert de verzekeraar het bagagetransport tot in de staat van verblijf van de verzekerde. de verzekeraar draagt hiervoor de kosten.

5.4. Bijstand van een verzekerde tijdens zijn hospitalisatie

5.4.1. Bijstand van een verzekerde die alleen reist

Wanneer een verzekerde die alleen reist wordt gehospitaliseerd na een medisch incident, en wanneer de artsen met een mandaat van de verzekeraar zijn transport vóór 5 dagen, of 2 dagen

indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, afraden, organiseert de verzekeraar de heen- en terugreis van een familielid of van een persoon die vlakbij de staat van verblijf woont, om naar de verzekerde te komen. de verzekeraar draagt hiervoor ook de kosten. De hotelkosten ter plaatse voor deze persoon worden betaald door de verzekeraar ten belope van 75 EUR per nacht en per kamer en voor een maximum van 750 EUR.

De naaste heeft de verantwoordelijkheid om de nodige administratieve procedures te vervullen voor toegang tot het land waarin de verzekerde is gehospitaliseerd. de verzekeraar zal gedurende dit verblijf een "Welcome to Schengen" bijstand voorzien die identiek is aan deze waarvoor de verzekerde aanvankelijk intekende voor een maximum van 15 dagen.

5.4.2. Verlengd verblijf van de verzekerde

de verzekeraar draagt de kosten voor een verlengd verblijf in het hotel van de zieke of gewonde verzekerde indien hij, op medisch bevel van de bevoegde medische autoriteit, de terugreis niet kan ondernemen op de hiervoor aanvankelijk voorziene datum. De beslissing tot verlenging moet vooraf worden goedgekeurd door de arts van de verzekeraar.

Deze kosten worden, per medisch incident, beperkt tot maximaal 75 EUR per nacht en per kamer, en voor een totaal van maximaal 750 EUR.

Indien de verzekerde wordt vergezeld door ander verzekerden, draagt de verzekeraar de verblijfskosten voor een verzekerde en voor minderjarige verzekerde kinderen die het slachtoffer vergezellen ten belope van maximaal 75 EUR per nacht en per kamer, en voor een totaal van maximaal 750 EUR.

De verzekerden dienen na te gaan of het verlengd verblijf de duur die hun visa toestaan niet overschrijdt.

5.4.3. Dagelijkse compensatie

Wanneer de verzekerde langer dan 5 dagen wordt gehospitaliseerd, betaalt de verzekeraar hem, op basis van bewijsstukken (gedetailleerde originele factuur), een dagelijkse compensatie uit van 50 EUR tot een plafond van 500 EUR, te verkrijgen vanaf de eerste hospitalisatiedag. Deze kosten dienen om de communicatie- en goedkeuringskosten van de verzekerde te dekken, alsook voor de transportkosten van de andere verzekerden wanneer ze de verzekerde in het ziekenhuis komen bezoeken.

5.4.4. Terugkeer later dan de aanvankelijk voorziene datum

Indien de verzekerde, omwille van zijn hospitalisatie of de zorgen gedekt door deze garanties, naar zijn land moet terugkeren op een latere datum dan aanvankelijk werd voorzien, zal de verzekeraar het omboeken van de retourdatum (vliegtuigticket in toeristenklasse) organiseren en betalen.

De verzekerde dient na te gaan of het verlengd verblijf de duur die zijn visum toestaat niet overschrijdt.

5.5. Bijstand in geval van overlijden

5.5.1. Repatriëren van het stoffelijk overschot en begrafenis

Bij overlijden van een verzekerde, en indien de familie beslist om hem te begraven of te cremeren in de staat van verblijf, organiseert de verzekeraar de repartriëring van het stoffelijk overschot en draagt hiervoor de kosten:

- de balsemingskosten;

- de kistingskosten;

- de kosten van de doodskist ten belope van maximaal 750 EUR;

- de kosten voor het transport van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van begrafenis of crematie.

De ceremonie- en begrafenis- of crematiekosten worden niet betaald door de verzekeraar.

Bij begrafenis of crematie in het land van overlijden draagt de verzekeraar de kosten voor dezelfde prestaties als hierboven worden vermeld.

5.5.2. Bijstand bij formaliteiten

De verzekeraar verleent bijstand bij volgende procedures:

- het contacteren van begrafenisondernemers;

- het aangeven van de nodige procedures, met name bij de plaatselijke administratie.

5.5.3. Repatriëreing van andere verzekerden

Bij het overlijden van een verzekerde organiseert de verzekeraar de geanticipeerde terugkeer van andere verzekerde familieleden of naasten in de staat van verblijf in voorkomend geval per lijnvliegtuig (economy class) of per trein (eerste klasse). De verzekeraar draagt hiervoor ook de kosten. Deze laatsten zullen eerst proberen hun retourtickets in te wisselen.

5.5.4. Repatriëring van bagage

Bij overlijden an een verzekerde in het buitenland organiseert de verzekeraar het bagagetransport van de overledene tot in de staat van verblijf. de verzekeraar draagt hiervoor de kosten.

5.6. Zorgen voor kinderen jonger dan 18 jaar

Indien de verzekerde die kinderen jonger dan 18 jaar vergezelt het onmogelijk acht om voor hen te zorgen ten gevolge van een medisch incident, organiseert en betaalt de verzekeraar de heen- en terugreis van een persoon die verblijft in de staat van verblijf en door de familie werd aangewezen om de kinderen jonger dan 18 jaar af te halen en ze naar de staat van verblijf terug te brengen.

De hotelkosten van deze persoon worden, mits voorlegging van de originele bewijsstukken, betaald door de verzekeraar ten belope van maximaal 75 EUR per nacht en per kamer.

Bovendien heeft de naaste de verantwoordelijkheid om de nodige administratieve procedures te vervullen voor toegang tot he land waarin de verzekerde is gehospitaliseerd. de verzekeraar zal gedurende dit verblijf een "Welcome to Schengen" medische bijstand voorzien die identiek is aan deze waarvoor de verzekerde aanvankelijk intekende voor een maximum van 8 dagen.

Wanneer men de bovenvermelde personen niet kan bereiken, of indien ze de reis niet onmogelijk kunnen ondernemen, stuurt de verzekeraar een afgevaardigde om zich over de kinderen te ontfermen en ze naar de staat van verblijf terug te brengen, onder de hoede van de persoon die door de verzekerde werd toegewezen.

5.7. Overbrengen van dringende berichten

Indien de verzekerde hierom vraagt, brengt de verzekeraar gratis dringende berichten in verband met de verzekerde garanties en prestaties over aan alle personen.

Doorgaans is de vraag om berichten over te brengen gebonden aan een verantwoording, een duidelijke en expliciete uitdrukking van het over te brengen bericht en de exacte aangifte van de naam, het adres en het telefoonnummer van de te contacteren persoon.

Elke tekst die leidt tot een strafrechtelijke, financiële, burgerlijke of commerciële aansprakelijkheid wordt slechts op eigen verantwoordelijkheid van de auteur, die men moet kunnen identificeren, overgemaakt. De inhoud dient te voldoen aan de Belgische en de internationale wetgeving, en verwerpt elke verantwoordelijkheid van de verzekeraar.

5.8. Dragen van de communicatiekosten

De verzekeraar draagt de communicatiekosten van de verzekerde om een callcenter te contacteren ten belope van een maximumbedrag van 100 EUR, op basis van bewijsstukken (gedetailleerde originele factuur). Deze kosten zijn verschuldigd indien de vraag om bijstand effectief wordt gevolgd door een prestatie die wordt gedekt door deze algemene bepalingen.

5.9. Diefstal van identiteits- en reisdocumenten

Bij verlies of diefstal van identiteits- of reisdocumenten geeft de verzekeraar de verzekerde de gegevens door van de dichtstbijzijnde reisagentschappen of consulaten, en organiseert, indien nodig, transport naar de ambassade of het consulaat, en draagt de transportkosten voor een heen- en terugreis tot een maximumbedrag van 100 EUR per verzekerde.

6. INTERVENTIE- EN VRIJSTELLINGSPLAFOND

6.1. Interventieplafond voor medische kosten en repatriëringskosten

De verzekeraar verbindt zich per verzekerde tot een maximum van 30000 EUR en tot 50000 CHF voor de medische incidenten met tussenkomst en behandeling in Zwitserland, na uitputting van de tussenkomsten door elke derde betaler worden gegarandeerd en op voorleggen van de bewijsstukken.

Deze beide limieten zijn van toepassing op een medisch incident. Ze zijn niet cumuleerbaar.

6.2. Interventieplafond voor medische kosten en repatriëringskosten indien de optionele

uitbreiding van de garanties ingetekend is

De verzekeraar verbindt zich per verzekerde tot een maximum van 100.000 EUR en tot 150.000 CHF voor de medische incidenten met tussenkomst en behandeling in Zwitserland, na uitputting van de tussenkomsten door elke derde betaler worden gegarandeerd en op voorleggen van de bewijsstukken.

Deze beide limieten zijn van toepassing op een medisch incident. Ze zijn niet cumuleerbaar.

6.3. Vrijstelling

Een vrijstelling van 100 EUR is van toepassing op elk medisch incident. Een medisch incident kan leiden tot betaling van meerdere facturen. De vrijstelling wordt teruggebracht tot 50 EUR voor dringende tandheelkundige zorgen. Bij terugbetaling aan de verzekerde, wordt de overschrijving buiten de Europese Unie forfaitair gefactureerd aan 20 EUR.

7. UITSLUITING

Worden niet gedekt:

a) prestaties waarvoor de verzekeraar geen goedkeuring heeft gegeven;

b) de kosten voorzien voor vertrek op reis;
c) de pre-existente ziekten waarvan de diagnose gesteld werd met risico op verergering;
d) het hervallen in of verergeren van een ziekte of een pathologische toestand die voor de verplaatsing werd gevormd;
e) de verzekerde die reisde omwille van diagnose en / of medische behandeling;
f) de gezondheidskuren, verblijven en zorgen voor herstel, revalidatie en fysiotherapie;
g) de periodieke controle- of observatieonderzoeken, alsook de kosten van brillen, contactlenzen, medische toestellen en de aankoop of herstelling van prothesen;
h) check-ups, contraceptiekosten;
i) preventieve gezondheidszorg, vaccins en vaccinaties;
j) facultatieve of niet-dringende zorgen, zelfs indien ze worden verstrekt als gevolg van een noodsituatie;
k) esthetische en diëtische behandelingen, alsook de diagnose- of behandelingskosten die niet officieel zijn erkend (homeopathie, acupunctuur …);
l) goedaardige kwalen of letsels die de verzekerde niet verhinderen zijn reis te vervolgen;
m) de diagnose, controle en behandeling van een zwangerschap, behalve indien een duidelijke en onvoorziene complicatie optreedt voor 28 weken;
n) de vrijwillige verlossing en onderbreking van de zwangerschap;
o) de depressieve toestand en / of mentale ziekten, behalve indien dit voor het eerst wordt gemanifesteerd;
p) de repatriëring voor orgaantransplantatie;
q) de ziekte of het ongeval dat resulteerde uit het gebruik van alcohol, drugs, verdovende middelen of overmatig gebruik van medicijnen of andere substanties die niet door een arts zijn voorgeschreven en ingrijpen in het gedrag;
r) de toestand die resulteert uit een opzettelijke handeling, een zelfmoord of een poging tot zelfmoord;
s) de toestand die werd veroorzaakt door een roekeloze handeling, een weddenschap of uitdaging van de verzekerde;
t) de ziekte of het ongeval die / dat resulteert uit een illegale of niet-toegestane activiteit (misdaad, vechtpartijen, behalve in geval van wettelijke verdediging);
u) competitiesporten die op professioneel niveau worden beoefend;
v) het ongeval dat plaatsvond tijdens een gemotoriseerde wedstrijd waaraan de verzekerde deelnam als deelnemer of assistent van de deelnemer;
w) de toestand veroorzaakt door een nucleair ongeval zoals vastgelegd in de Conventie van Parijs van 29 juli 1960, of door straling van radio-isotopen;
x) de prestaties die de verzekeraar niet kan leveren omwille van overmacht;
y) de terroristische aanslagen, opstanden, rellen, burgeroorlogen en alle gevolgen van de voornoemde uitsluitingen.

8. JURIDISCH KADER

8.1. Ingangsdatum van de overeenkomst

Het contract loopt vanaf de datum ingegeven in de bijzondere bepalingen en na ontvangst van het premiebedrag.

8.2. Overeenkomstduur

De overeenkomst is afgesloten voor de duur vermeld in de bijzondere voorwaarden.

8.3. Premiebetaling

De premie aangegeven bij aankoop omvat belasting en bijdragen. Deze dient men contant te betalen bij inschrijving.

Indien de verzekerde een officieel bewijs levert dat zijn visum werd geweigerd, stemt de verzekeraar toe om de verzekeringsovereenkomst terug te betalen. De terugbetaling is echter exclusief alle transactiekosten en eventuele transfer- of wisselkosten van geld.

8.4. De verbintenis van de verzekerde

A. Ongevallenverklaring

1. De verzekerde verbindt zich ertoe om, zo snel mogelijk, aan de verzekeraar een ongeval aan te geven.

2. De verzekerde verbindt zich ertoe om, zonder vertraging, alle nuttige inlichtingen te verstrekken en te antwoorden op de vragen die hem worden gesteld om de omstandigheden te stellen en de omvang van het ongeval te beoordelen.

Opdat bijstand optimaal wordt georganiseerd en in het bijzonder om het meest geschikte transportmiddel (vliegtuig, trein …) vast te stellen, dient de verzekerde ervoor te zorgen dat hij de verzekeraar voor elke interventie contacteert, en verbindt hij zich niet tot bijstandskosten zonder akkoord van de verzekeraar.

Indien dit niet gebeurt, worden de kosten terugbetaald ten belope van de maximale bedragen die in de algemene voorwaarden worden aangegeven, en binnen de beperking van de bedragen waartoe de verzekeraar zich zou verbinden indien ze de bijstand zelf zou organiseren.

B. Taken van de verzekerde bij een ongeval

1. De verzekerde moet alle redelijke maatregelen treffen om een ongeval te voorkomen en de gevolgen ervan te beperken.

2. De verzekerde verbindt zich, binnen een termijn van maximaal 3 maanden na interventie van de verzekeraar, ertoe om:

- de bewijsstukken van gemaakte kosten met goedkeuring van de verzekeraar voor te leggen;

- het bewijs van feiten aan te voeren dat recht geeft op de gegarandeerde prestaties;

- de ongebruikte transportbewijzen terug te bezorgen, zodat de verzekeraar het transport kan vergoeden;

- ambtshalve alle nodige stappen uitvoeren bij de instellingen voor Sociale Zekerheid en / of voorzorg die dezelfde kosten dekken om een betaling te verkrijgen en om de verzekeraar deze bedragen terug te betalen.

C. Sancties

1. Indien de verzekerde een van deze voornoemde verplichtingen niet nakomt, en indien dit resulteert in een nadeel voor de verzekeraar, heeft deze laatste het recht tot prestatievermindering ten belope van het geleden nadeel.

2. De verzekeraar kan haar garantie verwerpen indien, met bedrieglijk opzet, de verzekerde een van deze voornoemde verplichtingen niet nakomt.

8.5. Subrogatie en meervoudige verzekeringen

8.5.1. Verantwoordelijke derde

de verzekeraar, die de bijstand verleende of de schadeloosstelling betaalde, wordt, ten belope van dit bedrag, in de plaats gesteld in de rechten en handelingen van verzekerden tegen derde verantwoordelijken van de schade.

Indien, door de verzekerde, de invloed van de subrogatie niet kan leiden ten gunste van de verzekeraar, zal deze de terugbetaling van de uitgekeerde schadeloosstelling vorderen in de mate van het geleden nadeel.

Behalve bij moedwilligheid, beschikt de verzekeraar over geen enkel bezwaar tegen descendenten, ascendenten, echtgeno(o)t(e) en de verwanten van de verzekerde in rechte lijn, noch tegen levende personen die bij de verzekerde inwonen, zijn huurders en de leden van zijn huispersoneel.

De verzekeraar kan tegen deze personen echter een bezwaar inroepen, in die mate dat hun verantwoordelijkheid effectief gegarandeerd wordt door een verzekeringsovereenkomst.

8.5.2. Meervoudige verzekeringen

De verzekeraar komt slechts tussen na uitputting van de garanties die door andere voorzorgs-, verzekerings- en bijstandsorganismen worden toegekend, of na uitputting van prestaties vande Sociale Zekerheid waarop de verzekerde recht zou hebben. In de veronderstelling dat de organismen samen een ander middel voorzien om de last van het schadegeval te herstellen dan het middel dat hierboven wordt beoogd, opteert de verzekeraar voor de verdeelsleutel die wordt voorzien door artikel 45 van de Wet van 25 juni 1992.

De verzekeraar, die de bijstand verleende of de schadeloosstelling betaalde, wordt, ten belope van dit bedrag, in de plaats gesteld in de rechten en handelingen van verzekeraars tegen derde verantwoordelijken van de schade.

8.6. Correspondentie

De communicatie of mededelingen bestemd voor de verzekerde worden geldig naar het adres verstuurd dat hij in de overeenkomst aangeeft, of later aan de verzekeraar zou hebben gemeld.

8.7. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De gegevens overgemaakt aan de verzekeraar kunnen worden gebruikt met het oog op dienstverlening aan de klanten, aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen. De Wet geeft de betrokken personen het recht om hun gegevens in te kijken en te corrigeren. De aanvullende inlichtingen kunnen worden verkregen bij de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Wet van 8 december 1992 op de bescherming van het privéleven ten opzichte van de behandeling van persoonsgegevens en het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001).

8.8. Bevoegde rechtbank

Elk geschillen dat zich kan voordoen tussen de partijen valt onder de exclusieve bevoegdheid van de Rechtbank van Brussel (België). In dit kader zullen enkel de algemene voorwaarden in de Franse of Nederlandse taal van toepassing zijn.

8.9. Wet van de overeenkomst

De huidige overeenkomst wordt geregeld door de Belgische wetgeving, met name de Wet van 25 juni 1992 op landverzekeringsovereenkomsten.