

Delta Lloyd Life NV

Fonsnylaan 38
1060 Brussel

Telefoon: +32 (0)2 238 88 11
Fax: + 32 (0)2 238 88 99
BTW BE 0403.280.171
RPR Brussel
www.deltalloydlife.be

Verzekering Gewaarborgd Inkomen Verzekering Gewaarborgd Inkomen Privé

Algemene voorwaarden

Geldig vanaf 1 februari 2010

Inleiding

De polis omvat de algemene, de bijzondere voorwaarden en het overzicht van het contract.

De **algemene voorwaarden** beschrijven de werking van het contract en leggen de wederzijdse verbintenissen vast. Een lexicon met de betekenis van bepaalde juridische of technische termen – aangeduid door een sterretje – is opgenomen als bijlage om het lezen van dit document te vergemakkelijken.

In de **bijzondere voorwaarden** worden alle gegevens vastgelegd die specifiek voor het verzekeringscontract gelden, zoals de datum van inwerkingtreding, de betrokken personen (verzekeringnemer, verzekerde), de hoogte van de prestaties*, de leeftijd van de verzekerde, de te betalen premie, ...

Wijzigingen aan het contract worden verstuurd onder de vorm van een nieuwe versie.

1. Omvang van de verzekering

1.1. Wat wordt bedoeld met?

de verzekeringnemer:

de natuurlijke of rechtspersoon die het verzekeringscontract afsluit met de maatschappij.

de maatschappij:

de maatschappij waarbij het verzekeringscontract wordt afgesloten, d.w.z. Delta Lloyd Life NV, Fonsnylaan 38 te 1060 Brussel, erkend onder codenummer 167 om de Takken 2, 21 en 23 uit te baten.

de verzekerde:

de natuurlijke persoon op wiens hoofd het voorvalrisico van de verzekerde gebeurtenis rust.

de begunstigde:

de persoon die aangeduid wordt om de verzekerde prestaties te genieten.

een ongeval:

een plotselinge, onverwachte en abnormale gebeurtenis die een lichamelijk letsel teweegbrengt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken niets te maken heeft met het organisme van de verzekerde.

een ziekte:

Een door medische diagnose vastgestelde verslechtering van de oorspronkelijke gezondheidstoestand die niet door een ongeval werd veroorzaakt en objectieve symptomen vertoont. Een pathologische zwangerschap wordt beschouwd als een ziekte.

een pathologische zwangerschap:

Een complicatie van een zwangerschap, zowel voor de verzekerde als de foetus, ten gevolge van een ziekte of een anomalie, en waarvoor een geneesheer attesteert dat de aangeslotene haar werk dient te staken.

een fysiologische invaliditeit:

een door medische diagnose vastgestelde vermindering van de lichamelijke integriteit van de verzekerde, waarvan de graad wordt bepaald op basis van de 'Officiële Belgische Schaal tot vaststelling van de graad van Invaliditeit' (O.B.S.I.).

een economische ongeschiktheid:

een door medische diagnose vastgestelde vermindering van de arbeidsgeschiktheid, die nodig is voor de uitvoering van een beroepswerkzaamheid overeenstemmend met de opleiding, kennis, vaardigheden en ervaring van de verzekerde. De graad ervan wordt bepaald door de graad van economische invaliditeit.

een prestatie:

een bedrag gedekt door het onderhavige contract, dat bijgevolg door de maatschappij verschuldigd is ter uitvoering van het contract.

een schadegeval:

een invaliditeit of ongeschiktheid van de verzekerde als gevolg van een ongeval of ziekte, waarvan de economische ongeschiktheid minstens 25% bedraagt.

Een schadegeval ten gevolge van een pathologische zwangerschap neemt automatisch een einde op de dag van de bevalling.

bevalling:

Het gebeuren zowel tijdig, voortijdig als laattijdig en ongeacht de toegepaste techniek waarbij een vrouw zich bevrijdt van de foetus ongeacht of de foetus levensvatbaar is.

de carenstijd:

de periode gedurende welke de maatschappij geen enkele prestatie verschuldigd is, te rekenen vanaf het begin van de invaliditeit of de ongeschiktheid. Als het schadegeval voortvloeit uit een ziekte en zich voordoet binnen de vijf jaar die voorafgaan aan het moment waarop de verzekerde de pensioenleeftijd bereikt - dit is de normale leeftijd waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet - wordt de carenstijd, vermeld in de bijzondere voorwaarden, vervangen door een carenstijd van 365 kalenderdagen.

2. Welke waarborgen zijn mogelijk?

2.1. Welk doel heeft deze verzekering?

De verzekering Gewaarborgd Inkomen / Gewaarborgd Inkomen Privé waarborgt prestaties in geval van invaliditeit of ongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte of een ongeval. De hoogte van de prestatie hangt af van de graad van invaliditeit of ongeschiktheid.

2.2. Welke waarborgen verzekeren wij?

Tijdens de duur van het schadegeval en evenredig met de graad van de invaliditeit of de graad van ongeschiktheid,

- kent de maatschappij de begunstigde een rente toe. Het jaarlijks toegekende maximumbedrag is bepaald in de bijzondere voorwaarden.
De rente is betaalbaar in twaalfden op het einde van elke maand. In voorkomend geval begint of eindigt de betaling van de rente met een verhoudingsgewijs berekend bedrag;
- betaalt de maatschappij de verzekeringspremies terug, volgens dezelfde modaliteiten geldig voor de rente.

Niettegenstaande eender welke clause van indexering van de premies voor het schadegeval, worden tijdens het schadegeval enkel de prestaties geïndexeerd die daartoe expliciet zijn vermeld in de bijzondere voorwaarden.

2.3. Waar is de verzekering geldig?

De verzekering is over heel de wereld geldig, voor zover de verzekerde bij de afsluiting van het contract zijn gewone verblijfplaats in België heeft.

2.4. Wanneer komt de maatschappij niet tussen?

2.4.1. De maatschappij komt nooit tussen wanneer de invaliditeit of de ongeschiktheid rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van:

- een zelfmoordpoging van de verzekerde behalve wanneer deze gepleegd wordt minstens één jaar na het in werking treden of het opnieuw in werking stellen van het verzekeringscontract of de verhoging van de verzekerde prestaties waarin niet was voorzien vanaf de aanvang van het contract. In de laatste twee gevallen geldt de uitsluiting alleen voor de prestatie waarop het opnieuw in werking stellen of de verhoging betrekking heeft;
- een opzettelijk door de verzekerde als dader of mededader gepleegd(e) misdad of wanbedrijf, weddenschappen of uitdagingen;
- een ongeval met een luchtvaartuig waarop de verzekerde inscheepte als passagier of als bemanningslid, tenzij het een reguliere lijn- of chartervlucht betreft met een niet-militair karakter;
- oproer, burgerlijke onlusten, stakingen en enige collectieve gewelddaad met politieke, ideologische of maatschappelijke inslag, al dan niet gepaard gaande met opstand tegen de overheid, tenzij de verzekerde bewijst dat hij hetzij er op geen enkele manier actief deel

aan nam, hetzij zich in een staat van wettige zelfverdediging bevond, hetzij slechts tussenbeide kwam als lid van de macht die door de overheid werd ingezet voor het handhaven van de orde;

- oorlog of enig gelijkaardig feit en burgeroorlog; indien de invaliditeit of ongeschiktheid van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, wordt een onderscheid gemaakt tussen twee gevallen:
 - indien het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
 - indien de verzekerde zich naar een land begeeft waar een gewapend conflict aan de gang is, kan er slechts dekking verleend worden mits de betaling van een eventuele premietoeslag, het schriftelijk akkoord van de maatschappij en voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
- enig feit of enige opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak die voortkomen uit of het gevolg zijn van ioniserende stralingsbronnen, van splijtstoffen of radioactieve producten of afvalstoffen.
- de deelname aan wandaden, gevechten of twisten (behalve bij wettige zelfverdediging) en roekeloze daden (behalve bij redding van personen of onroerende goederen);
- het competitief of beroepsmatig gebruik, zelfs als medereiziger, van een motorrijwiel waarvan de cilinderinhoud groter is dan 50 cm³, met uitzondering van woon-werkverkeer;
- de uitoefening van één der volgende beroepsactiviteiten: acrobaten, temmers, duikers, bokkers, worstelaars, catchers of elke sport die het buiten gevecht stellen van een tegenstrever insluit, houthakkers, snoeiers, brandweerlui; elk beroep dat één van de hierna vermelde activiteiten met zich meebrengt: beklimmen van daken, van ladders van meer dan 4 meter, van stellingen, het opbouwen en afbreken van stellingen; het afdalen in putten, mijnen of steengroeven, werken op afbraakwerven, op elektrische installaties met hoogspanning; het gebruik, het vervoer, de manipulatie en de fabricatie van vuurwerk of springstoffen of bijtende producten; beroepswerkzaamheden van de lucht- of zeevaart; het gebruik van X-stralen of radio-isotopen;
- de beoefening van iedere gevaarlijke sport, zoals yachting in zee verder dan 3 zeemijlen van de kust, alpinisme, speleologie, boksen, karate, jiu-jitsu, worstelen of elke sport die het buiten gevecht stellen van een tegenstrever insluit, jacht, bobsleigh, diepzeeduiken, valschermspringen, skeleton, skispringen, hindernisspringen, rugby, zwemmen of duiken met autonoom zuurstofapparaat, trampolinespringen, rafting, elastiekspringen, deltaplane, ULM, elke sport in competitie met dieren of met vaartuigen, motors, auto's of welk ander voertuig ook dat gelijkaardige risico's oplevert;
- de deelname aan koersen, snelheidswedstrijden en -proeven, evenals tijdens de trainingen met het oog hierop, of ter gelegenheid van weddenschappen en uitdagingen;
- een staat van geestesverbijstering, dronkenschap of alcoholische intoxicatie waarbij het alcoholgehalte in het bloed de graad bereikt zoals bepaald in de Wegcode op de dag waarop het schadegeval zich voordoet, of gelijkaardige intoxicatie voortvloeiend uit het gebruik van drugs of hallucinerende middelen;
- aardbevingen, vulkaanuitbarstingen, wervelstormen, springvloed, overstromingen, aardverschuivingen, grondverzakkingen of andere natuurrampen;
- de radioactieve, chemische, bacteriologische, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van splijtstoffen, radioactieve, chemische of bacteriologische producten of afvalstoffen behalve wanneer dit het gevolg is van activiteiten die beantwoorden aan de term terrorisme, zoals gedefinieerd door de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme; De invaliditeit of de ongeschiktheid veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern, wordt niet gedekt door deze overeenkomst;

- alcoholisme, toxicomanie, het overmatig gebruik van geneesmiddelen of van enig(e) ander(e) drugs, verdovend middel of psychoactieve substantie die niet om medische redenen werd voorgeschreven;
- een allergische aandoening die geen fysiologische invaliditeitsgraad van meer dan 25% vertegenwoordigt;
- een opzettelijk feit van de verzekerde, de verzekeringnemer of elke (andere) persoon die belang heeft bij de tussenkomst van de maatschappij;
- behandelingen die de verzekerde op zichzelf heeft toegepast, behalve daden van normale persoonlijke verzorging;
- een esthetische behandeling of een sterilisatie, waarbij een esthetische behandeling nochtans gedekt is als het gaat om reconstructieve chirurgie van letsels opgelopen in het kader van een gedekt schadegeval;
- fysiologische letsels waarvan de symptomen zich voordeden voor het afsluiten van het contract en die door medische diagnose werden vastgesteld voor het afsluiten van het contract of de eventuele uitbreiding van de waarborgen of binnen de twee daaropvolgende jaren.

In afwijking van de carenstijd zoals gedefinieerd in 3.4, is de invaliditeit of ongeschiktheid als gevolg van de burn out, van het chronisch vermoeidheidssyndroom, van de fibromyalgie, van stoornissen die verband houden met stress of van functionele psychische stoornissen die niet rechtstreeks objectiveerbaar zijn door organische repercussies, slechts gedekt na het verstrijken van een carenstijd van 1 jaar en voor een maximumduur van 2 jaar. Van deze paragraaf kan niet worden afgeweken in de Bijzondere Voorwaarden.

Alleen de psychische of zenuwaandoeningen die aan alle onderstaande voorwaarden beantwoorden, worden onbeperkt vergoed:

- een in België erkend psychiater heeft de diagnose formeel gesteld.
- de diagnose is gebaseerd op organische symptomen en beantwoordt aan de criteria van het internationaal referentiesysteem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4e editie of latere versies).
- de aandoening is opgenomen in de onderstaande, beperkende lijst:
 - Depressie
 - Bipolaire stoornis
 - Psychotische stoornis
 - Veralgemeende angststoornis
 - Dissociatieve stoornis
 - Obsessief-compulsieve stoornis
 - Schizofrenie
 - Anorexia nervosa
 - Boulimia nervosa

2.5. Dekking van het terrorismerisico

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

De maatschappij dekt schade veroorzaakt door terrorisme en is hiertoe lid van de vzw TRIP (www.tripvzw.be). Overeenkomstig de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, wordt de uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw, beperkt tot 1 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar. Dit bedrag wordt elk jaar aangepast op 1 januari volgens de ontwikkeling van het indexcijfer der consumptieprijzen, met als basis het indexcijfer van december 2005. Ingeval van wettelijke of reglementaire wijziging van dit basisbedrag, zal het gewijzigde bedrag automatisch van toepassing zijn vanaf de eerstvolgende vervalddag na de wijziging, tenzij de wetgever uitdrukkelijk in een andere overgangsregeling voorziet. Indien het totaal van de berekende of geraamde schadevergoedingen groter is dan het bedrag genoemd in de vorige alinea, wordt een evenredigheidsregel toegepast: de uit te keren schadevergoedingen worden beperkt ten belope van de verhouding van het bedrag genoemd in de vorige alinea of de nog beschikbare middelen voor dat kalenderjaar ten opzichte van de uit te keren schadevergoedingen toegerekend aan dat kalenderjaar.

Overeenkomstig voornoemde wet van 1 april 2007, beslist het Comité of een gebeurtenis beantwoordt aan de definitie van terrorisme. Opdat het bedrag genoemd in artikelen 2, 3 en 4 niet zou worden overschreden, bepaalt dit Comité, ten laatste zes maanden na de gebeurtenis, het percentage van de schadevergoeding dat door de verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw ingevolge de gebeurtenis dient te worden vergoed. Het Comité kan dit percentage herzien. Ten laatste op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar van de gebeurtenis, neemt het Comité een definitieve beslissing omtrent het uit te betalen percentage van schadevergoeding.

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

3. Prestaties in geval van schade

3.1. Wanneer en hoe moet de verzekerde de schade aangeven?

3.1.1. Elk ongeval of elke ziekte die de invaliditeit of de ongeschiktheid van de verzekerde tot gevolg heeft of tot gevolg zou kunnen hebben, moet aan de maatschappij zo snel mogelijk en in elk geval binnen een termijn van dertig dagen aangegeven worden na het voorval van het ongeval of de ziekte.

Elke aangifte die na deze termijn wordt ingediend, wordt evenwel door de maatschappij in aanmerking genomen, op voorwaarde dat

- deze aangifte wordt gedaan binnen een termijn van twee jaar vanaf de datum waarop het ongeval of de ziekte zich voordeed,
- en
- vastgesteld wordt dat het onmogelijk was om de aangifte eerder te doen,
- en
- het nog mogelijk is de vereiste medische controle uit te voeren.

Als een aangifte laattijdig wordt ingediend en er daardoor voor de maatschappij een nadeel ontstaat, zal de carenstijd aanvangen op de dag waarop de maatschappij op de hoogte wordt gebracht van het schadegeval.

De schadeaangifte moet gebeuren aan de hand van de daartoe uitgegeven formulieren. Het eerste formulier moet ingevuld worden door de verzekerde en het tweede door de behandelende geneeshe(e)r(en) van de verzekerde.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om alle andere inlichtingen, die zij nodig acht, te vragen.

3.1.2. De bijkomende inlichtingen moeten in elk geval binnen 30 dagen die volgen op de aanvraag bezorgd worden aan de maatschappij.

3.1.3. De verzekerde geeft de behandelende geneeshe(e)r(en) de toelating om aan de adviserende geneesheer van de maatschappij alle inlichtingen waarover hij (zij) beschikt/beschikken betreffende zijn gezondheidstoestand, mee te delen.

3.1.4. De verzekerde moet zich laten verzorgen met het oog op zijn herstel en alles vermijden dat de gevolgen van het schadegeval zou kunnen verergeren.

3.1.5. De verzekerde moet de maatschappij toelaten dat de medische onderzoeken in België plaatsvinden, zelfs als dat een ziekenhuisopname vereist. Het onderzoek moet plaatsvinden binnen 30 dagen volgend op onze oproep.

3.1.6. De verzekerde moet de maatschappij binnen 8 dagen op de hoogte brengen van iedere wijziging van de graad of de duur van de invaliditeit of de ongeschiktheid alsook van het volledig of gedeeltelijk hervatten van zijn beroepswerkzaamheden.

Als de verzekerde de verplichtingen vermeld in de bovenstaande punten 3.1.2 tot 3.1.6 niet nakomt en er daardoor een nadeel voor de maatschappij ontstaat, dan heeft zij het recht haar prestaties geheel of gedeeltelijk te verminderen en, in voorkomend geval, de terugbetaling te eisen van de onterecht betaalde bedragen.

De maatschappij kan het contract opzeggen als de verzekerde de bovenvermelde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen.

3.2. Hoe wordt de graad van invaliditeit of ongeschiktheid bepaald?

Op basis van de verstrekte inlichtingen oordeelt de adviserende geneesheer van de maatschappij over de werkelijkheid, de duur en de graad van de invaliditeit of de ongeschiktheid. De minimaal in aanmerking genomen graad van ongeschiktheid stemt overeen met de graad van economische ongeschiktheid. Deze laatste dient minimaal 25% te zijn.

De aldus bepaalde graad van invaliditeit of ongeschiktheid

- wordt teruggebracht tot nul als hij lager is dan 25%;
- wordt gelijkgesteld met 100% als hij gelijk is aan of hoger is dan 67%.

Als de graden van invaliditeit en van ongeschiktheid verschillend zijn, wordt de prestatie berekend op basis van de hoogste graad.

Indien er binnen 30 dagen volgend op de mededeling van de door de adviserende geneesheer van de maatschappij weerhouden graad, geen schriftelijke betwisting volgt, wordt deze graad als aanvaard beschouwd.

Zowel de maatschappij als de verzekerde hebben op ieder moment het recht om de werkelijkheid, de duur en de graad van de invaliditeit of de ongeschiktheid opnieuw te laten onderzoeken.

Zodra er een wijziging is van de graad van invaliditeit of ongeschiktheid, past de maatschappij de prestaties aan de nieuwe situatie aan.

3.3. Hoe worden de prestaties berekend?

Wat de terugbetaling van de premies betreft:

in geval van invaliditeit of ongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte of een ongeval, zal de maatschappij de verzekeringspremies terugbetalen tijdens de duur van de invaliditeit of de ongeschiktheid en in verhouding tot de graad van de invaliditeit of de ongeschiktheid.

Wat de betaling van de rente betreft:

de prestatie wordt maandelijks aan het eind van de maand bepaald in verhouding tot de graad die van toepassing is overeenkomstig punt 3.2 en de periode van invaliditeit of ongeschiktheid.

3.4. Wanneer heeft de begunstigde recht op prestaties?

Het recht op prestaties gaat in als aan de drie onderstaande voorwaarden samen is voldaan:

- wanneer de graad van economische ongeschiktheid van de verzekerde 25% of meer bereikt;
- na het verstrijken van de carenstijd, zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden;
- na het voorleggen van de bewijsstukken.

Het recht op prestaties vervalt wanneer één van de onderstaande situaties zich voordoet:

- wanneer de graad van economische ongeschiktheid van de verzekerde lager wordt dan 25%;
- bij het overlijden van de verzekerde;
- op de einddatum vastgelegd in de bijzondere voorwaarden;
- bij de opzegging van uw contract.

3.5. Wat gebeurt er als de verzekerde hervalt?

Als binnen 60 dagen na de dag waarop de ongeschiktheidsgraad onder 25% daalde, deze graad opnieuw stijgt tot minstens 25% als gevolg van hetzelfde ongeval of dezelfde ziekte, worden de carenstijd of de verzekerde prestaties geschorst gedurende de periode tussen deze twee datums.

In het tegenovergestelde geval, gaat de maatschappij ervan uit dat het gaat om een nieuw schadegeval en wordt er een nieuwe carenstijd toegepast.

Als er zich gedurende de carenstijd of in de loop van de betaling van de verzekerde prestaties een bijkomende invaliditeit of ongeschiktheid voordoet als gevolg van een andere oorzaak, wordt voor de eventuele aanvullende verzekerde prestaties een nieuwe carenstijd toegepast.

3.6. Wat gebeurt er in geval van betwisting van de invaliditeit of de ongeschiktheid? Medische expertise

Elke betwisting betreffende de invaliditeit of de ongeschiktheid van de verzekerde wordt voorgelegd aan twee geneesheren-deskundigen, benoemd en volwaardig gemandateerd, de ene door de verzekerde en de begunstigde in gezamenlijk overleg, de andere door de maatschappij.

Als er geen akkoord wordt bereikt, kiezen de geneesheren-deskundigen een derde deskundige.

Stelt één der partijen haar geneesheer-deskundige niet aan, of worden beide geneesheren-deskundigen het niet eens over de keuze van de derde deskundige, dan wordt deze aangewezen door de Voorzitter van de bevoegde rechtbank van de woonplaats van de verzekeringnemer en dit op verzoek van de meest gereede partij.

De drie geneesheren-deskundigen beslissen dan samen, maar bij gebrek aan een meerderheid is het advies van de derde deskundige doorslaggevend. De partijen zijn onherroepelijk gebonden door de beslissing van de deskundigen voor zover zij met redenen omkleed zijn en de bepalingen van het onderhavige contract respecteren.

Elke partij betaalt de kosten en honoraria van haar deskundige. De kosten en honoraria van de derde deskundige worden verdeeld, ieder voor de helft.

4. Algemene modaliteiten

4.1. Waarop is het verzekeringscontract gebaseerd?

Het contract is gebaseerd op:

- de wettelijke en reglementaire bepalingen van toepassing op de verzekeringen naar Belgisch recht;
- de verklaringen van de verzekeringnemer en die van de verzekerde alsook de elementen vermeld in de medische certificaten en de andere documenten of onderzoeken die de maatschappij gevraagd heeft. Deze elementen maken integrerend deel uit van het contract.

De maatschappij stelt de eventuele bijvoegsels op waarin de bepalingen van het contract worden gepreciseerd.

4.2. Wanneer treedt het verzekeringscontract in werking?

Het verzekeringscontract treedt in werking op de datum vermeld in de bijzondere voorwaarden, ten vroegste na ondertekening van die bijzondere voorwaarden door de verzekeringnemer en na ontvangst van de eerste premie.

Indien de handtekening van de verzekeringnemer ontbreekt op het contract, geldt de storting van de premie op de rekening van de maatschappij als aanvaarding van de contractuele voorwaarden.

4.3. Heeft de verzekeringnemer bedenktijd nadat zijn contract in werking trad?

De verzekeringnemer kan zijn contract opzeggen binnen 30 dagen nadat het in werking is getreden.

Bij opzegging stort de maatschappij hem de betaalde premies terug, verminderd met de bedragen die werden gebruikt om het risico te dekken.

4.4. Wat zijn de verplichtingen van de verzekeringnemer en die van de verzekerde bij het afsluiten van het contract?

4.4.1. De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht om de maatschappij, bij het afsluiten van het contract alle omstandigheden mee te delen die zij kennen en die zij redelijkerwijze moeten beschouwen als elementen voor de beoordeling van het risico door de maatschappij.

4.4.2. In geval van een opzettelijke weglating of onjuistheid waardoor de maatschappij wordt misleid inzake de elementen voor de beoordeling van het risico, is het verzekeringscontract van nul en generlei waarde. De betaalde premies worden dan niet teruggegeven, en in voorkomend geval moet de verzekeringnemer of de verzekerde ons de prestaties terugbetalen die hun ten onrechte werden uitgekeerd naar aanleiding van een schadegeval.

4.4.3. Van zodra een termijn van twee jaar verstreken is vanaf de inwerkingtreding van het contract, kan de maatschappij zich niet beroepen op een onopzettelijke weglating of onjuistheid in de verklaringen van de verzekeringnemer of de verzekerde als die weglating of onjuistheid betrekking heeft op een ziekte of aandoening waarvan de symptomen reeds aanwezig waren op het moment waarop het contract werd afgesloten maar waarvan de diagnose niet werd gesteld binnen de genoemde termijn van twee jaar.

De maatschappij kan zich niet beroepen op een onopzettelijke weglating of onjuistheid als de ziekte of aandoening zich nog op geen enkele wijze had geuit op het moment waarop het contract werd afgesloten.

Deze bepaling is slechts van toepassing wanneer de verzekeringnemer een natuurlijk persoon is.

4.5. Wat zijn de verplichtingen van de verzekeringnemer en die van de verzekerde in de loop van het contract?

4.5.1. De maatschappij moet binnen 30 dagen schriftelijk op de hoogte worden gebracht van:

1. elke wijziging van het sociaal statuut of van de beroepsactiviteiten van de verzekerde;
2. elke verandering van de gewone verblijfplaats van de verzekerde naar het buitenland.

4.5.2. Als dit een verhoging van het risico tot gevolg zou hebben, behoudt de maatschappij zich het recht voor het contract op te zeggen of de voorwaarden ervan te wijzigen en dit binnen 60 dagen na ontvangst van de bovenvermelde schriftelijke verklaring.

De maatschappij deelt haar beslissing per aangetekende brief mee.

Als de verzekeringnemer de wijziging niet aanvaardt binnen een termijn van 30 dagen vanaf de kennisgeving, kan de maatschappij het contract opzeggen binnen 15 dagen.

4.5.3. Als een wijziging niet werd meegedeeld overeenkomstig punt 4.5.1, is de in punt 4.5.2 opgenomen procedure van toepassing van zodra de maatschappij kennis heeft genomen van die wijziging.

4.5.4. Als zich een schadegeval voordoet terwijl een van de bovenvermelde wijzigingen niet werd meegedeeld overeenkomstig punt 4.5.1, is de maatschappij niet verplicht om de verzekerde prestaties uit te betalen,

4.5.5. Als naar aanleiding van de wijziging van het contract blijkt dat er betaalde prestaties te laag waren, wordt het door de maatschappij verschuldigde bedrag betaald zonder verwijlinteressen. De maatschappij heeft overigens het recht de terugbetaling te eisen van de prestaties die onterecht betaald zouden zijn geweest, zonder aanrekening van verwijlinteressen.

4.6. Wat doen in geval van adreswijziging?

De verzekeringnemer dient de maatschappij iedere adreswijziging zonder uitstel schriftelijk mee te delen.

Als de verzekeringnemer van adres verandert en hij de maatschappij daarvan niet op de hoogte brengt of als hij buiten de Europese Unie gaat wonen zonder een gemachtigde vertegenwoordiger aan te duiden, dan zijn alle mededelingen die de maatschappij naar het door haar laatst gekende adres stuurt, rechtsgeldig.

4.7. Hoe wordt de verzekeringspremie berekend?

De verzekeringspremie is de prijs die de verzekeringnemer betaalt als tegenwaarde voor het verzekeren van de prestaties die de maatschappij hem waarborgt.

Bij het bepalen van het bedrag houdt de maatschappij rekening met:

- de leeftijd van de verzekerde;
- de verklaringen van de verzekerde;
- andere kenmerken van het contract vermeld in de bijzondere voorwaarden, zoals het bedrag van de verzekerde rente, de carenstijd, het soort verzekerd risico en de betalingsmodaliteiten voor de rente.

4.8. Wanneer en hoe moeten de verzekeringspremies betaald worden?

Het bedrag en de betalingswijze van de premie zijn vermeld in de bijzondere voorwaarden.

Alle premies of premiegedeelten zijn vooraf betaalbaar en worden verhoogd met alle belastingen en bijdragen die van toepassing zijn op de verzekering.

4.9. Wat gebeurt er wanneer de verzekeringnemer de premiebetaling stopzet?

De maatschappij stuurt de verzekeringnemer een aangetekende brief waarin zij hem meedeelt dat de verzekering opgezegd zal worden als de premie niet betaald wordt binnen een termijn van 15 dagen vanaf de datum van afgifte van de aangetekende brief bij de post. De opzegging wordt van kracht na het verstrijken van die termijn.

De aangetekende brieven van de maatschappij vormen een voldoende ingebrekestelling.

4.10. Wanneer eindigt het contract?

4.10.1 Einde van rechtswege

Het contract en de waarborg eindigen van rechtswege op de eindvervaldag die is vermeld in de bijzondere voorwaarden of bij het overlijden van de verzekerde en in elk geval wanneer de verzekerde zijn beroepswerkzaamheden stopzet, hetzij op 65 jaar, hetzij

vervroegd op de leeftijd zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde.

4.10.2 Einde van het contract door opzegging

- De verzekeringnemer kan het contract op ieder moment opzeggen.
- De maatschappij kan het contract opzeggen in de gevallen vermeld in de punten 3.1, 4.4, 4.5, 4.9 en in alle andere door de wet toegestane gevallen.
- Het contract wordt opgezegd aan de hand van een aangetekende brief via de post.
- De opzegging vangt aan na het verstrijken van een termijn van 15 dagen vanaf de datum van afgifte van de aangetekende brief bij de post.

4.11. Wat gebeurt er als de bij de ondertekening van het contract aangegeven geboortedatum van de verzekerde onjuist is?

Mocht de maatschappij bij de controle van de geboortedatum vaststellen dat de leeftijd van de verzekerde verkeerd werd opgegeven, dan bepaalt zij een nieuwe verzekerde prestatie op grond van de correcte leeftijd en een ongewijzigde premie.

4.12. Wat gebeurt er wanneer de algemene verzekeringsvoorwaarden of de tarieven veranderen?

De maatschappij kan de nieuwe algemene voorwaarden en de gewijzigde premies vanaf de volgende vervaldag toepassen, mits zij de verzekeringnemer daarvan vooraf op de hoogte heeft gebracht.

Niettemin kan de verzekeringnemer binnen 30 dagen na de ontvangst van dit bericht het contract opzeggen. Eens deze termijn verstreken, veronderstelt de maatschappij dat de verzekeringnemer de wijzigingen heeft aanvaard.

5. Recht op individuele voortzetting van het verzekeringscontract (Verzekering Gewaarborgd Inkomen Privé)

5.1. Wat zijn de toekenningsvoorwaarden?

1) De verzekerde die door zijn werkgever op de hoogte werd gebracht van het verlies van het voordeel van een beroepsgebonden ziekteverzekering, stelt de maatschappij schriftelijk of elektronisch binnen 30 dagen op de hoogte van zijn voornemen om die verzekering geheel of gedeeltelijk voort te zetten. Die termijn van 30 dagen kan met nog eens 30 dagen verlengd worden op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde.

2) De maatschappij verstuurt binnen 15 dagen een voorstel aan de verzekerde, met vermelding van:

- de waarborgvoorwaarden
- de verzekerde prestaties
- de uitsluitingen
- de aangiftetermijnen
- zijn antwoordtermijn van 30 dagen
- de geldigheidsduur van het voorstel

3) De verzekerde antwoordt binnen 30 dagen na ontvangst van het voorstel. Eens die termijn verstreken is, kan de individuele voortzetting niet langer gevraagd worden.

4) Als het voorstel wordt aanvaard, mag de maatschappij de afsluiting van het contract niet ondergeschikt maken aan

- een vragenlijst of een bijkomend medisch onderzoek;
- de toepassing van een bijpremie of een uitsluitingspremie omwille van de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde persoon in de loop van zijn aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekering.

5.2. Wanneer treedt het verzekeringscontract in werking?

Het verzekeringscontract treedt in werking op de eerste dag volgend op het einde van de beroepsgebonden verzekering, ten vroegste na ondertekening van de bijzondere voorwaarden door de verzekeringnemer en na ontvangst van de eerste premie.

Indien de handtekening van de verzekeringnemer ontbreekt op het contract, geldt de storting van de premie op de rekening van de maatschappij als aanvaarding van de contractuele voorwaarden.

5.3. Welke financiële informatie moet de verzekeringnemer meedelen?

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe iedere wijziging van zijn beroep, zijn inkomen en wijziging van statuut in het socialezekerheidsstelsel mee te delen voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kostprijs of de omvang van de verzekerde prestaties.

5.4. Heeft de verzekeringnemer bedenktijd?

De verzekeringnemer kan het contract opzeggen binnen 30 dagen na ontvangst van de bijzondere voorwaarden van de individuele voortzetting door de verzekeringnemer. Bij opzegging stort de maatschappij hem de betaalde premies terug, verminderd met de bedragen die werden gebruikt om het risico te dekken.

5.5. Hoe wordt de verzekeringspremie berekend?

Voor de individuele voortzetting van het verzekeringscontract kan de maatschappij voor premiebedrag, de carenperiode en de verzekeringsvoorwaarden op een redelijke en proportionele wijze rekening houden met de volgende elementen:

- de wijziging van het beroep van de verzekerde;
- de wijziging van het inkomen van de verzekerde;
- de wijziging van het sociaal statuut van de verzekerde;

voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en de kostprijs of de omvang van de verzekerde prestaties.

5.6. Wie is bevoegd bij eventuele geschillen?

Elke eventuele klacht betreffende het contract kan gericht worden aan

- Delta Lloyd Life, Ombudsdienst, Fonsnylaan 38 te 1060 Brussel, ombudsman@deltalloydlife.be, in eerste instantie,
- de Ombudsman van de verzekeringen, De Meeûssquare, 35 te 1000 Brussel, tel. : +32(0)2 547 58 71, fax: +32(02) 547 59 75, www.ombudsman.as, info@ombudsman.as, in laatste instantie,

zonder enige beperking voor de verzekeringnemer om een gerechtelijke actie te ondernemen.

Bij eventuele geschillen zijn enkel de Belgische rechtbanken bevoegd.

6. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

In het kader van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer mag de maatschappij, als verantwoordelijke voor de verwerking, de in het contract vermelde persoonsgegevens verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen. De verzekeringnemer kan zich uitdrukkelijk verzetten tegen elke vorm van direct marketing.

De verzekeringnemer kan het Openbaar register van de geautomatiseerde gegevensverwerking (bijgehouden door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) raadplegen en hij heeft het recht op toegang tot en rechtzetting van de persoonsgegevens.

De maatschappij deelt deze gegevens alleen mee aan derden als zij daar wettelijk toe verplicht is, alsook aan Datassur ESV (De Meeûsquare 29 te 1000 Brussel) voor het beheer van de risico's.

7. Medische gegevens

De verzekeringnemer (en de verzekerde) gaat (gaan) ermee akkoord dat de maatschappij de medische gegevens vermeld in het contract kan verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten. De gegevens die de gezondheid betreffen, worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een professionele gezondheidszorgverlener en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

De maatschappij zal deze gegevens niet meedelen aan derden. De verzekeringnemer (en de verzekerde) gaat (gaan) er evenwel mee akkoord dat de maatschappij deze gegevens meedeelt voor zover zij hiertoe wettelijk verplicht is.

Door de ondertekening van dit contract geeft de verzekerde uitdrukkelijk de toestemming aan zijn behandelende arts om een verklaring over de doodsoorzaak af te geven aan de adviserende arts van de maatschappij, overeenkomstig artikel 95 van de Wet op de landverzekeringsovereenkomst.