

## **ALGEMENE VOORWAARDEN SCHENGEN ECONOMY (VERSIE 01.01.2013)**

De huidige overeenkomst bevat de Algemene Voorwaarden van het verzekeringscontract afgesloten tussen de verzekeraar en de verzekerde. Zij bepaalt de bijstandsprestaties die voorzien worden aan de verzekerde door het contract.

### **1. Definities**

**Verzekeringnemer:** de natuurlijke persoon of rechtspersoon die het verzekeringscontract heeft onderschreven.

**Verzekerde:** de natuurlijke persoon die nominatief is aangeduid in de polis en die zijn gewoonlijke en hoofdverblijfplaats buiten de Schengenruimte heeft.

**Territorialiteit:** de waarborgen zijn van toepassing voor een verblijf binnen de Schengenruimte.

**Verzekeraar:** Inter Partner Assistance nv, verzekeringsmaatschappij, toegelaten onder het codenummer 0487, vertegenwoordigd door **Assurit B.V.B.A.**, toegelaten onder het codenummer 66062, Lummenseweg 100, 3580 Beringen, België.

**Verzekerde gebeurtenissen:** geven recht op de prestaties van de reisverzekering, de gebeurtenissen die gebeuren en worden vastgesteld door een geneesheer gedurende de verzekerde periode:

- *een ongeval:* een onverwachte en plotse gebeurtenis, voortvloeiend uit een externe gebeurtenis en die een lichamelijk letsel veroorzaakt die medische zorgen en/of een hospitalisatie vereist. Het letsel moet een direct en uniek gevolg zijn van het ongeval, onafhankelijk van de wil van de verzekerde.
- *een ziekte:* een plots, ernstig en onverwacht probleem van de organen of lichaamsfuncties, te wijten aan een andere oorzaak dan een ongeval en die medische zorgen en/of een hospitalisatie vereist. De ziekte moet onafhankelijk zijn van de wil van de verzekerde.

**Vrijstelling:** het forfaitair vastgesteld bedrag dat ten laste van de verzekerde blijft bij tenlasteneming van een verzekerde gebeurtenis.

**Hospitaal:** instelling als dusdanig erkend door de van kracht zijnde reglementering in één van de lidstaten van de Schengenruimte en waar de verzekerde geautoriseerd is binnen te komen of te verblijven.

**Geneesheer:** persoon die, in één van de lidstaten van de Schengenruimte en waar de verzekerde geautoriseerd is binnen te komen of te verblijven, erkend is om de geneeskunde uit te oefenen volgens de reglementering van het land waar hij hoofdzakelijk werkt.

**Repatriëring om medische redenen:** terugkeer georganiseerd door de verzekeraar met bestemming het land van de gewoonlijke en hoofdverblijfplaats van de verzekerde die het slachtoffer is van een ziekte of ongeval, met als doel er de nodige zorgen te ontvangen die zijn medische toestand vereist.

### **2. Verzekerde periode**

Zijn verzekerd de gebeurtenissen tijdens de volledige verblijfs- of transitperiode van de verzekerde op het grondgebied van één of meerdere van de lidstaten van

de Schengenruimte en waar de verzekerde geautoriseerd was binnen te komen of te verblijven. De duur van het verblijf of van de transit eindigt bij het verlopen van het aantal verblijfs- of transitdagen toegekend door het visum, ten laatste op de vervalddag van de geldigheid van het visum, om middernacht of, in voorkomend geval, op het moment waarop het aantal gemachtigde toegangen door het visum verstreken is. Het bewijs van de dag van aankomst op het grondgebied van één of meerdere van de lidstaten van de Schengenruimte en waar de verzekerde geautoriseerd was binnen te komen of te verblijven, blijft ten laste van de verzekerde.

De polis dient te worden afgesloten voor de werkelijke duur van de reis. Indien er nog geen terugreisdatum werd vastgelegd (ticket met open retour) dient de polis te worden onderschreven voor de volledige geldigheidsduur van het visum met een maximum van 90 dagen onafgebroken.

Indien een polis voor een periode van 360 dagen wordt onderschreven, geldt de dekking voor maximum 4 periodes van 90 dagen onafgebroken verblijf binnen een periode van 364 dagen. Na elke dekkingsperiode gedurende een periode van verblijf dat maximum 90 dagen duurt, dient men eerst de Schengenruimte te verlaten opdat een nieuwe dekkingsperiode van maximum 90 dagen kan aanvang nemen.

### 3. Premie

De premie, inclusief taksen en bijdragen, is steeds contant betaalbaar bij het onderschrijven door de verzekeringsnemer. De premie is vast en verworven voor de volledige duur van het contract. De premie is in geen enkel geval terugbetaalbaar tenzij de verzekerde een officieel bewijsstuk voorlegt dat het visum geweigerd werd. In dit geval zal de terugbetaling steeds gebeuren rekening houdend met de transactiekosten en de eventuele transfert- en wisselkoerskosten.

### 4. Prestaties

Worden ten laste genomen op het grondgebied van één of meerdere lidstaten van de Schengenruimte en waar de verzekerde geautoriseerd werd binnen te komen of te verblijven, tot een maximum bedrag van **50.000 €**, wat ook het aantal afgesloten contracten door de verzekerde bij de verzekeraar en het aantal voorgekomen verzekerde gebeurtenissen tijdens de verzekerde periode zijn, de kosten en lasten voortvloeiend uit:

- i. de repatriëring of overbrenging van de verzekerde van een hospitaal naar een ander volgens de hiernavolgende bepalingen. Elke repatriëring of overbrenging voor medische redenen moet voorafgaandelijk goedgekeurd worden door de medische dienst van de verzekeraar. Enkel het attest, opgesteld ter plaatse door de behandelende geneesheer van de verzekerde, volstaat niet. Eens het akkoord gegeven, zal de medische dienst van de verzekeraar beslissen over de datum, de transportmiddelen en een eventuele medische begeleiding. De verzekeraar organiseert en neemt het transport ten laste vanaf de instelling waar de verzekerde zich bevindt. Het transport gebeurt, volgens de door de medische dienst van de verzekeraar genomen beslissingen en, in voorkomend geval, onder constant medisch of paramedisch toezicht, tot op de gewoonlijke of hoofdverblijfplaats van de verzekerde, of tot een hospitaal in de buurt van deze verblijfplaats waar een plaats zal worden gereserveerd. Enkel het medisch belang van de verzekerde en het respecteren van de geldende medische bepalingen worden in overweging genomen om het transport, het te gebruiken transportmiddel en de keuze van de plaats van een eventuele hospitalisatie te bepalen. De inlichtingen van

de lokale artsen of de behandelende geneesheer zullen de verzekeraar helpen om de meest gepaste beslissing te nemen. Hiervoor wordt uitdrukkelijk overeengekomen dat de uiteindelijke uit te voeren beslissing in het medisch belang genomen wordt door de medische dienst van de verzekeraar teneinde alle conflicten van medische autoriteit te vermijden. Echter, in het geval dat de verzekerde weigert de door de verzekeraar als meest gepast beschouwde beslissing te volgen, is de verzekeraar uitdrukkelijk ontlast van elke verantwoordelijkheid, meer bepaald bij een terugkeer door de verzekerde op eigen middelen of bij verslechtering van zijn gezondheidstoestand.

ii. de dringende medische kosten en/of de kosten van een dringende hospitalisatie van de verzekerde die het slachtoffer is van een ziekte of ongeval, namelijk:

- de medische en chirurgische erelonen.
- de door een geneesheer voorgeschreven medicatie.
- tandheelkundige zorgen.
- de kosten van fysiotherapie, kinesitherapie en chiropraxie voorgeschreven door een geneesheer.
- de hospitalisatiekosten. Deze tenlasteneming stopt echter wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde de repatriëring toelaat en de verzekerde deze repatriëring weigert of uitstelt omwille van persoonlijk gemak.
- de transportkosten per ambulance, per slee (vanaf de skipiste) of per helikopter, bevolen door een geneesheer voor een lokaal traject.

Een vrijstelling van **150 €** per schadegeval zoals omschreven onder ii. en per verzekerd persoon zal altijd worden afgetrokken.

## 5. Bijstand in geval van schade: te volgen procedure

**De verzekerde dient onmiddellijk het schadegeval te melden aan de bijstandscentrale van de verzekeraar, zich te schikken naar de instructies en alle nodige inlichtingen en/of documenten die nuttig geacht worden over te maken.**

**U kan de bijstandscentrale contacteren 24 uur op 24 en 7 dagen op 7, per telefoon op het nummer + 32 (0)2 552 53 96.**

Bereid een maximum aan gegevens voor zoals:

- uw naam
- uw dossiernummer
- uw aankomstdatum
- uw adres in het land waar u verblijft
- het telefoonnummer waarop wij u kunnen bereiken

## 6. Uitsluitingen

Zonder afbreuk aan artikel 4, zijn niet gedekt onder de reisverzekering:

- i. de verzekerde die de reis gemaakt heeft met als doel een diagnose en/of een medische behandeling te ondergaan.
- ii. periodieke onderzoeken ter controle of observatie, alsook de kosten voor brillen, contactlenzen, medische toestellen en de aankoop of reparatie van protheses.
- iii. medische check-ups en kosten voor contraceptie.
- iv. preventieve geneeskunde.
- v. gezondheidskuren, herstel, fysische en fysiotherapeutische verblijven en behandelingen.
- vi. esthetische en dieetbehandelingen alsook alle diagnosekosten en niet officieel erkende behandelingen (homeopathie, acupunctuur, ...).
- vii. vaccins en vaccinaties.
- viii. de repatriëring voor ziekte of lichte aandoeningen die ter plaatse kunnen worden behandeld en die de verzekerde niet beletten zijn verplaatsing of verblijf verder te zetten.
- ix. depressieve toestanden en/of mentale ziektes.
- x. door de verzekerde voor de aanvang van de reis gekende of bestaande ziektes, aandoeningen of pathologische toestanden alsook alle mogelijke gevolgen (zoals herval, complicaties of plotse verergering) ervan.
- xi. de facultatieve of niet dringende zorgen, zelfs indien deze het gevolg zijn van een dringende situatie.
- xii. de repatriëring voor een orgaantransplantatie.
- xiii. de diagnose, de controle en de behandeling van een zwangerschap, behalve bij een duidelijke en onvoorziene complicatie vóór 28 weken.
- xiv. de bevallingen en vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen.
- xv. de ziekte of ongeval als gevolg van het gebruik van alcohol, drugs, verdovingsmiddelen of een overmatig gebruik van medicatie en alle andere substanties niet voorgeschreven door een geneesheer die het gedrag beïnvloeden.
- xvi. de toestanden als gevolg van een zelfmoordpoging.
- xvii. de ziekte of ongeval met opzet veroorzaakt door de verzekerde.
- xviii. de ziekte of ongeval overkomen als gevolg van een illegale activiteit (weddenschap, misdaad, vechtpartij, behalve bij wettelijke zelfverdediging) of een niet toegelaten activiteit.
- xix. de competitiesporten uitgeoefend op professioneel niveau.
- xx. een ongeval overkomen tijdens een gemotoriseerde proef waaraan de verzekerde meedoet als deelnemer of assistent van een deelnemer.
- xxi. de terroristische aanslagen, opstanden, oproer, burgeroorlogen en alle gevolgen van de voornoemde uitsluitingen.

- xxii. de prestaties waarvoor de toestemming van de verzekeraar niet vooraf werd gevraagd, behalve voor dringende medische kosten en/of de kosten van een dringende hospitalisatie, in welke gevallen de aangifte zo snel mogelijk dient te gebeuren.

## 7. Verjaring

Iedere vordering of schade voortvloeiend uit deze overeenkomst verjaart na drie jaar te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die er aanleiding toe geeft.

## 8. Subrogatie

De verzekeraar treedt, tot beloop van de bedragen van haar tussenkomst, in de rechten en acties van de verzekerde ten aanzien van aansprakelijke derden.

De verzekeraar treedt eveneens in de rechten en acties van de verzekerde ten aanzien van elke andere maatschappij of instelling die dezelfde risico's dekt als deze gewaarborgd door de huidige overeenkomst.

Bovendien kan de verzekeraar, in voorkomend geval, de terugbetaling van haar prestaties eisen van de natuurlijke persoon of rechtspersoon die de verzekerde tijdens zijn verblijf ten laste neemt en voor wie de verzekerde nu verklaart borg te staan.

## 9. Bevoegde rechtbanken

Elk geschil dat verband houdt met de huidige overeenkomst valt onder de uitsluitende bevoegdheid van de rechtbanken van Brussel.

## 10. Bescherming van het privéleven.

Overeenkomstig de wet van 08 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt de verzekerde, van wie de persoonsgegevens verzameld of geregistreerd worden in één of meer bestanden van onze maatschappij, over de volgende punten inlicht:

- i. de houder van de bestanden is **Assurit BVBA**, toegelaten onder het codenummer 66062, 3580 Beringen, Lummenseweg 100, België.
- ii. De persoonsgegevens m.b.t. de cliënt die in het kader van deze overeenkomst aan de verzekeraar worden meegedeeld, worden, met het oog op het beheer van verzekeringen, het kantenbeheer, de bestrijding van fraude, het beheer van de betwistingen en het beheer van de geschillen, worden tevens verwerkt door:
  - Inter Partner Assistance nv, Louizalaan 166/1, 1050 Brussel.
  - AXA Business Services Private Limited, Residency Road 16/2, 560025 Bangalore, India.
- iii. doel van deze bestanden is de verzekerde te identificeren, de contracten en de bijstandsverleningen te beheren en de relaties met het bestaande cliënteel te optimaliseren.
- iv. elke persoon die zijn identiteit bewijst, kan zonder kosten kennis krijgen van de gegevens die over hem opgenomen zijn. Bovendien kan hij de verbetering of schrapping van elk persoonsgegeven bekomen,

dat met inachtneming van het doel van de verwerking onvolledig of niet relevant zou zijn.

- v. om dit recht uit te oefenen, richt de betrokken persoon een gedateerde en getekende aanvraag aan de klantendienst van de verzekeraar. Bovendien zal hij het openbaar register van de geautomatiseerde verwerkingen van persoonsgegevens kunnen raadplegen bij de Commissie voor de Bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
- vi. De categorieën van personen die toegang hebben tot die persoonsgegevens zijn de personeelsleden van Assurit, de personeelsleden van Inter Partner Assistance en de personeelsleden van AXA Business Services.

De verzekerde geeft toestemming aan de verzekeraar om de medische of gevoelige gegevens over zijn persoon te verwerken voor zover dit nodig is voor de volgende doeleinden: het beheer van de bijstand, het kostenbeheer en afrekeningen voor de bijstand en het beheer van een eventueel geschil.