

ALGEMENE POLISVOORWAARDEN FATUM WERELD REIS VERZEKERING

Indeling van de voorwaarden per artikel

1	Begripsomschrijvingen	
2	Verzekeringsgrondslag	
3	Verzekeringsgebied	
4	Geldigheidsduur/dekkingsperiode	
5	Dekkingsomschrijving	1.6
6	Kosten van vervoer stoffelijk overschot	
7	Diefstal of verlies van officiële reisdocumenten	1.7
8	Opsporings- en reddingskosten	
9	Repatriëringskosten	1.8
10	Not fit to fly vergoeding	
11	Uitsluitingen	
12	Premiebetaling en schorsing	1.9
13	Eigen risico	
14	Algemene verplichting bij schade	
15	Taakvervulling EUROCROSS	1.10
16	Wijziging van het risico	
17	Terugvordering van niet-verzekerde diensten	1.11
18	Vrijwaring	
19	Duur en einde van de verzekering	1.12
20	Geschillen	
21	Fraude	
22	Toepasselijk recht	1.13

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

	In de polis en voorwaarden wordt verstaan onder:	
1.1	Bijkomende kosten: De medische kosten die rechtstreeks verband houden met, en gemaakt zijn, tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik van de operatiekamer of polikliniek).	1.14
1.2	Eigen risico: Het bedrag of een percentage van het totaal te vergoeden bedrag, welke door de verzekerde betaalt dient te worden, alvorens de dekking als gevolg van deze polis van kracht wordt.	1.15
1.3	Fraude: Het plegen of het trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, behandeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door bij totstandkoming en/of bij de uitvoering van de verzekering betrokken personen en/of organisaties, met als doel het onder valse voorwendsels verkrijgen van een verzekeringsdekking of een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat.	1.16
1.4	Fysiotherapeut/Oefentherapeut: Een praktiserende fysiotherapeut/oefentherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instanties.	1.18
1.5	Geneesmiddelen: Middelen die als	1.19

geneesmiddel verhandeld mogen worden en die uitsluitend op voorschrift van een huisarts of specialist worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Huisarts: Een arts, die door de bevoegde instanties als huisarts is erkend.

Hulpverlening: Organisatie van hulp gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag, door EUROCROSS

Land van herkomst: Land waar verzekerde zijn woonplaats heeft of waarvan hij zijn paspoort heeft.

Maatschappij: FATUM Schadeverzekering N.V.

Medisch adviseur: De arts die FATUM in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak: De noodzakelijkheid die berust op algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

Molest: Gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, muiterij.

Ongeval: Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht, waarvan de aard en plaats geneeskundig zijn vast te stellen.

Opname: Verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Revalidatie: Behandeling, advisering en begeleiding in een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting voor revalidatie door een team dat in ieder geval bestaat uit een specialist en een paramedisch beroepsbeoefenaar en daarnaast uit een psycholoog of een deskundige op maatschappelijk, arbeidskundig of revalidatietechnisch terrein, alsmede de hiermee verband houdende verzorging.

EUROCROSS: Nederlandse hulpverleningsorganisatie.

Specialist: Een arts of tandarts, die door de bevoegde instanties als specialist is erkend.

Specialistische behandelingen: Behandeling of onderzoek, volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist staat ingeschreven.

Tandarts: Een arts die door de bevoegde

instanties als tandarts is erkend.

Verpleegkosten: Het bedrag per dag, verschuldigd wegens verpleging van tenminste 24 uur in een ziekenhuis, uitgezonderd de bijkomende kosten en de kosten van specialistische behandeling.

Verzekerde: Ieder als zodanig op de polis vermelde persoon.

Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan en als zodanig op het polisblad vermeld staat.

Ziekenhuis: Een inrichting voor het verplegen, behandelen en onderzoeken van zieken, die als ziekenhuis door de bevoegde instanties is erkend.

Onder deze omschrijving vallen ook de inrichting speciaal bedoeld voor revalidatie en een sanatorium, maar niet rusthuizen, herstellingsoorden en verpleeghuizen.

Ziekenvervoer: Medisch noodzakelijk vervoer over de weg per ambulance, taxi of eigen auto van een patiënt, die op medische gronden niet in staat kan worden geacht zelfstandig te reizen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of plaats van behandeling.

Artikel 2. Verzekeringsgrondslag

2.1 Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis een geheel uit te maken.

2.2 De Maatschappij is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn, op een door haar te bepalen tijdstip, te beëindigen, indien de mededelingen op het aanvraagformulier dan wel in de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij daarvan kennis had gedragen.

2.3 De Maatschappij is in het geval als bedoeld in artikel 2 sub 2.2 generlei vergoeding van kosten verschuldigd, is niet gehouden om de reeds betaalde

2.4	premie te restitueren, en kan reeds gedane uitkeringen terugvorderen. De Maatschappij heeft het recht de verzekering onmiddellijk eenzijdig te beëindigen ingeval de verzekeringnemer en/of de verzekerde zich jegens de verzekeraar schuldig maakt/maken aan (een poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijven (zoals dwang en bedreiging). In die gevallen zal de verzekering met inbegrip van de eventuele aanvullende verzekeringen worden beëindigd met ingang van de dag waarop het bedoelde feit heeft plaatsgevonden of op een andere door de Maatschappij te bepalen datum.	5.2	vergoedt de Maatschappij tot uiterlijk 30 dagen na de einddatum van deze verzekering de verzekerde kosten van deze opname tot maximaal € 35.000,- en voor zover de behandeling niet kan worden uitgesteld tot na afloop van de verzekering.	voorgesteld; g. Behandelingen door een fysiotherapeut/ oefentherapeut tot ten hoogste 25 behandelingen per verzekerde voor de verzekerde periode; h. Tandheelkundige behandeling tot maximaal € 500,- per verzekerde voor de looptijd van deze verzekering, uitsluitend ten gevolge van een ongeval.
2.5	De verzekerde kosten komen voor vaststelling van de uitkering in aanmerking voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is, met uitzondering van het genoemde in artikel 2 sub 2.2.	5.3	De kosten van ziekenvervoer Direct voorafgaand of direct aansluitend aan een opname in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Bij eigen vervoer wordt maximaal € 0,20 per gereden kilometer vergoed. De kosten van transplantatie Van de volgende donororganen worden vergoed: huid, hoornvlies, beenmerg, nier, hart en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltypeproeven. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na vooraf verkregen schriftelijke toestemming van de Maatschappij. De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder hart-/longtransplantaties) worden niet vergoed. Voorts worden vergoed de kosten van verpleging en behandeling van de donor met inachtneming van het gestelde in sub 5.1.a. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 3 maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie. De kosten van transplantatie komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer deze het gevolg zijn van een ongeval.	Artikel 6. Kosten van vervoer stoffelijk overschot De kosten verband houdend met het vervoer van het stoffelijk overschot van een verzekerde naar het land van herkomst (w.o. de kosten van de voor het vervoer op grond van de geldende voorschriften noodzakelijke binnenkist). Voor alle kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot zal nooit meer dan € 12.500,- per geval worden vergoed. Voorwaarde is wel dat de verzekerde is overleden als gevolg van een acute ziekte of ongeval.
2.6	Uit hoofde van de verzekering zal door de Maatschappij per verzekerde per geval nimmer meer worden vergoed dan € 35.000,-			Artikel 7. Diefstal of verlies van officiële reisdocumenten Wanneer verzekerde buiten zijn schuld om zijn paspoort, visum of ander officieel reisdocument kwijtraakt door diefstal of verlies, vergoedt de Maatschappij uitsluitend de kosten van het aanschaffen van een "laissez passer", een vervangend visum of een ander vervangend reisdocument waarmee verzekerde de reis kan voortzetten, m.u.v. de reis-, verblijf- en telecommunicatiekosten. De vergoeding bedraagt maximaal € 150,- per verzekerde voor de verzekerde periode.
2.7	De maximale dekking voor medische kosten a.g.v. Covid-19 bedraagt € 15.000,-			
Artikel 3. Verzekeringsgebied				
De verzekering geeft in de volgende gebieden dekking:				
1.	Europa;			
2.	de rest van de wereld, doch niet het land waar verzekerde volgens zijn paspoort, visum of ander officieel reisdocument zijn woon- en/of verblijfplaats heeft.	5.4	De kosten van nierdialyse Ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de Maatschappij. De kosten van nierdialyse komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer deze het gevolg zijn van een ongeval.	
Artikel 4. Geldigheidsduur/dekkingsperiode				
4.1	De verzekering is van kracht voor de periode zoals genoemd op het polisblad			
4.2	Verlenging van de verzekering is niet mogelijk, er dient een nieuwe verzekering te worden aangegaan.	5.5	De kosten van behandeling door een plastisch chirurg Ten behoeve van de verzekerde, na voorafgaande goedkeuring door de Maatschappij. De kosten van behandeling door een plastisch chirurg komen alleen voor vergoeding in aanmerking wanneer het (de) letsel(s) het gevolg is (zijn) van een ongeval.	Artikel 8. Opsporings- en reddingskosten Hieronder worden verstaan de kosten, welke noodzakelijkerwijs voor een verzekerde worden gemaakt in opdracht van een officiële instantie (bijv. de politie) voor opsporing, redding of berging van een vermiste of verongelukte verzekerde. Een verklaring van bovengenoemde instantie dient aan de Maatschappij te worden overgelegd, terwijl bij het ontbreken van een dergelijke verklaring uit hoofde van deze verzekering geen recht op vergoeding bestaat. Voor opsporings- en reddingskosten wordt maximaal per gebeurtenis € 10.000,- vergoed.
Artikel 5. Dekkingsomschrijving				
Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de Maatschappij de geneeskundige kosten ten gevolge van plotselinge ziekte of een ongeval gemaakt in het land waar en zolang de verzekering van kracht is.				
5.1	Onder geneeskundige kosten vallen uitsluitend: a. Kosten ziekenhuisopname De verzekering geeft dekking op basis van de laagste verpleegklasse van het ziekenhuis waar de verzekerde is opgenomen, geldende op de eerste dag van opname, alsmede de kosten van specialistische behandeling en bijkomende kosten tot maximaal € 35.000,- b. Wanneer verzekerde op de einddatum van deze verzekering is opgenomen in een ziekenhuis, dan	5.6	De kosten van niet-klinische medische hulp, namelijk van: a. Specialistische behandeling; b. De bijkomende kosten; c. Laboratoriumonderzoek op voorschrift van een huisarts of specialist in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium; d. Behandeling door de huisarts; e. Geneesmiddelen; f. Het raadplegen van een andere specialist ('second opinion'), indien de behandelende specialist een ingrijpende medische behandeling heeft	Artikel 9. Repatriëringskosten De kosten van repatriëring worden uitsluitend vergoed op voorwaarde dat: • Naar het oordeel van de medisch adviseur van de Maatschappij de repatriëring medisch noodzakelijk is; • Er vooraf toestemming is verkregen van de Maatschappij, die de repatriëring regelt; • Gerepatriëerd wordt vanuit het dekkinggebied naar het land van herkomst. Het betreft de kosten van:

9.1	Ziekenvervoer, waaronder het vervoer per vliegtuig;	11.3	Als gevolg van gal- en nierstenen, alsook steenvorming elders in het lichaam;	11.19	burgerluchtvaart; Als direct gevolg van een terminale aandoening;
9.2	Een ambulancevliegtuig indien verzekerde in verband met zijn gezondheidstoestand niet op een andere manier (bijv. per passagiersvliegtuig, ambulanceauto of taxi) kan reizen. Deze manier van terugreizen is alleen dan verzekerd, wanneer de repatriëring het redden van het leven en/of het voorkomen of verminderen van te verwachten invaliditeit van verzekerde beoogt;	11.4 11.5	Ontstaan door molest; Ontstaan door, dan wel verband houdend met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op de verzekerde toegepaste medische behandeling;	11.20	Indien de Maatschappij door verzekeringnemer, verzekerde en/of belanghebbende(n) (zoals een zorgverlener) bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen opzettelijk wordt misleid door voor de beoordeling van de aanspraak voor de Maatschappij van belang zijnde feiten en omstandigheden te verzwijgen en/of valse opgaven te verstrekken. Het verval van recht op uitkering heeft betrekking op de volledig ingediende aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen, ook voor die onderdelen van de ingediende aanspraak waarbij geen feiten en omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgaven zijn gedaan.
9.3	Begeleider(s), als begeleiding medisch noodzakelijk is. De vliegerekosten van een lijnvlucht of charter worden maximaal vergoed volgens het tarief geldend voor de toeristenklasse. De maximumvergoeding per verzekerde bedraagt € 35.000,-.	11.6 11.7 11.8 11.9	Van keuringen, attesten en tandheelkundige behandelingen (door tandarts, kaakchirurg of orthodontist) met uitzondering van behandelingen als genoemd onder artikel 5.6.h; Als gevolg van neurologische en psychiatrische aandoeningen; Van kunst- en hulpmiddelen, waaronder brillen, contactlenzen en gebitsprothesen; Van sterilisatie en het ongedaan maken daarvan, zwangerschapsbevorderende behandelingen, anticonceptionele middelen, zwangerschap en bevalling, abortus provocatus, erfelijkheidsonderzoek, alsmede de complicaties die met deze behandelingen verband houden of daaruit voortvloeien;	11.21	Indien de verzekerde (n) afreizen naar een plek met de codes rood of paars voor Covid-19 komt de Covid-19 dekking te vervallen.
Artikel 10. "Not fit to fly" vergoeding					
	Indien een verzekerde, tijdens de reisperiode geen ziekteverschijnselen heeft vertoond, getest is, of voor enige ziekte heeft geclaimd en bij het vertrekpunt van de retourvlucht wordt geweigerd af te reizen door een medisch gecertificeerde derde partij, overheid, luchthavenfunctionaris of luchtvaartmaatschappij, maakt zij aanspraak op een vergoeding, slechts wanneer de weigering gebaseerd is op een medische observatie, waarbij medisch gezien verzekerde niet in staat is af te reizen (niet "fit to fly" te zijn). Onder de vergoeding vallen de kosten voor accommodatie, maaltijden en diverse onkosten tijdens medische quarantaine. De maximum vergoeding per verzekerde bedraagt € 150,- (honderd vijftig 00/100 Euro) per dag tot een maximum van € 600,- (zeshonderd 00/100 Euro). NB: de kosten voor medische testen zijn uitgesloten.	11.10 11.11 11.12	Van preventieve geneeskunde, alternatieve geneeswijzen, behandelingen door een logopedist/spraaktherapeut, revalidatie dagbehandeling; Ontstaan tijdens professionele sportbeoefening c. q. semi professionele sportbeoefening en deelname aan een sportevenement; Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op een vergoeding, uitkering en/of hulpverlening op grond van een andere verzekering, wet of voorziening, al dan niet van oudere datum. Deze verzekering is dan pas in de laatste plaats geldig. In dat geval komt uitsluitend de schade voor vergoeding, uitkering en/of hulpverlening in aanmerking, die het bedrag te boven gaat waarop elders aanspraak gemaakt zou kunnen worden;	Artikel 12. Premiebetaling en schorsing	
			Die het gevolg zijn van geslachtsziekten, poging tot zelfmoord, gebruik van alcohol of andere verdoovende of opwekkende middelen; soft- en harddrugs worden hieronder gerekend;	12.1	De verzekeringnemer is verplicht de verschuldigde premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen.
			Gemaakt wegens opname, indien en voor zover de behandeling kan worden uitgesteld tot na de einddatum van deze verzekering;	12.2	Niet-betaling van de premie en kosten heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist, tot gevolg dat de verzekering niet van kracht is.
			Als gevolg van het uitoefenen van een beroep met uitzondering van commerciële, administratieve en toezichthoudende werkzaamheden;	12.3	In geen geval zal teruggave van premie worden verleend.
			Die het gevolg zijn van opzet, grove schuld of nalatigheid van de verzekerde;	Artikel 13. Eigen risico	
			Die het gevolg zijn van deelname aan of voorbereiding tot snelheids-, record- en betrouwbaarheidsritten met motorrijtuigen of motorvoertuigen;	Het zoals genoemd op het polisblad eigen risico komt voor rekening van de verzekeringnemer.	
			Gemaakt tijdens het aanwezig zijn in, aan of op een luchtvaartuig, anders dan als passagier van een vliegtuig voor de	Artikel 14. Algemene verplichting bij schade	
				14.1	In geval van plotselinge ziekte en/of ongeval is de verzekeringnemer/verzekerde verplicht onmiddellijk contact op te nemen met EUROCROSS . Heeft de claim betrekking op repatriëring om medische redenen, vervoer van stoffelijk overschot dan dient de verzekeringnemer terstond in contact te treden met de Maatschappij.
				14.2	Verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de Maatschappij en/of EUROCROSS alle in redelijkheid verlangde medewerking te verlenen en naar waarheid gegevens te verschaffen.
				14.3	Verzekeringnemer/verzekerde is verplicht om: a. In geval van opname EUROCROSS zo spoedig mogelijk daarvan vooraf in kennis te stellen of anders binnen een week na opname; b. Bij ongeval of ziekte onmiddellijk geneeskundige hulp in te roepen; c. De behandelende huisarts of medisch specialist te machtigen de reden van opname aan de medisch adviseur van de Maatschappij bekend te maken;
Artikel 11. Uitsluitingen					
	Voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:	11.13			
11.1	Die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, waaraan verzekerde lijdt op of geleden heeft vóór de ingangsdatum van deze verzekering, ook wanneer verzekerde met het bestaan van die kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen niet bekend was op of vóór de ingangsdatum van deze verzekering;	11.14 11.15 11.16 11.17 11.18			
11.2	Als gevolg van diabetes mellitus en hetgeen daarmee verband houdt zoals bijv. hart- en vaat-aandoeningen, oogaafwijkingen e.d. bij diabetespatiënten, tenzij naar de mening van de medisch adviseur deze kosten geen verband houden met diabetes mellitus;				

d. Originele bewijsstukken te overleggen;

e. Alle originele kwitanties op zodanige wijze te specificeren dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. De uitbetaling zal plaatsvinden op basis van de originele kwitanties;

f. De Maatschappij behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal (regres) op een aansprakelijke derde.

g. Desgevraagd aan de Maatschappij, aan zijn medisch adviseur, alle medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt;

Artikel 15. Taakvervulling EURO CROSS

15.1 EURO CROSS zal haar diensten verlenen binnen redelijke termijn en in goed overleg met de verzekerde of diens zaakwaarnemers en zover overheidsvoorschriften of nadere externe omstandigheden dit niet onmogelijk maken. EURO CROSS is vrij in de keuze van diegene die voor de hulpverlening wordt ingeschakeld.

15.2 EURO CROSS wordt geacht namens de verzekerde of diens zaakwaarnemers in hun naam verbintenissen te zijn aangegaan.

15.3 EURO CROSS is behalve voor eigen tekortkomingen en fouten niet aansprakelijk voor schade die een gevolg is van fouten en tekortkomingen van derden onverlet de eigen aansprakelijkheid van deze derden.

Artikel 16. Wijziging van het risico

Iedere wijziging die nadelige invloed heeft op de rechten en plichten uit deze verzekeringsovereenkomst dient ten spoedigste, doch uiterlijk binnen 15 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de Maatschappij te worden meegedeeld. Indien de verzekeringnemer het hierboven bepaalde nalaat, vervalt het recht op een eventuele schade-uitkering.

Artikel 17. Terugvordering van niet-verzekerde diensten

Verzekerde is verplicht de rekeningen van de Maatschappij of EURO CROSS terzake van diensten, kosten en dergelijke waarvoor krachtens deze verzekering geen dekking bestaat, binnen 30 dagen na datering van de rekeningen te voldoen. Als deze rekeningen niet worden voldaan, kan zonder meer tot incasso worden overgegaan. De hieraan verbonden kosten, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, zijn geheel voor rekening van de verzekerde.

Artikel 18. Vrijwaring

De Maatschappij is jegens de verzekeringnemer/verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem/haar geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid op het gebied van medisch handelen door een dienstverlener tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend voor medische zorg in het kader van onderhavige ziektekostenverzekering.

Artikel 19. Duur en einde van de verzekering

19.1 De verzekering is aangegaan voor een periode zoals op het polisblad staat vermeld.

19.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de Maatschappij niet het recht heeft de verzekering tussentijds te beëindigen, behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 2 sub 2.1 en in geval van schorsing als bedoeld in artikel 11.

19.3 Verlenging van de verzekeringsperiode is niet mogelijk. Wel kan er een nieuw contract worden afgesloten.

Artikel 20. Geschillen

Elke vordering tot schadevergoeding vervalt:

- indien zij niet binnen één jaar, nadat dit recht is ontstaan, is opgeëist.
- indien zij niet binnen 90 dagen, te rekenen van de dag, waarop de verzekeraar haar geheel of ten dele van de hand heeft gewezen, voor de bevoegde rechter aanhangig is gemaakt.

Artikel 21. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

- 21.1 In het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
- 21.2 Aangifte wordt gedaan bij de politie;
- 21.3 De verzekering(en) waarbij de fraudeur als verzekeringnemer en/of als verzekerde is betrokken, wordt/ worden onmiddellijk van rechtswege beëindigd. Dit geldt voor de verzekeringen die afgesloten zijn bij de Maatschappij;
- 21.4 Eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd op kosten van de verzekerde.

Artikel 22. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Surinaams recht van toepassing.