

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Individualversicherungen:

[A. Zusätzliche Versicherung „Gesundheitspflegeversicherung“](#)

[B. Zusätzliche Versicherung „Arbeitsunfälle“](#)

[C. Zusätzliche Versicherung „Unfälle außerhalb des Dienstes“](#)

A. ZUSÄTZLICHE INDIVIDUALVERSICHERUNG „GESUNDHEITSPFLEGEVERSICHERUNG“

(Artikel 57 des Gesetzes vom 17. Juli 1963)

[1 Versicherte Risiken](#)

[2 Ausgeschlossene Risiken](#)

[3 Leistungsberechtigte](#)

[4 Versicherungszeiten](#)

[5 Beihilfen](#)

[6 Vom Unterzeichnenden bereitzustellende Informationen](#)

[7 Auf Anfrage vorzulegende Belege](#)

[8 Beiträge](#)

[9 Wartezeit](#)

[10 Verjährungsfrist](#)

[11 Vertragsdauer](#)

[12. Zuständige Gerichte](#)

ARTIKEL 1. - VERSICHERTE RISIKEN

Das Landesamt für Soziale Sicherheit, im Folgenden „das Amt“, verpflichtet sich, den in Artikel 3 aufgeführten Leistungsberechtigten die Kosten für ärztliche Versorgung, Arzneimittel und Bedarfsartikel zu erstatten, sofern und soweit das am 14. Juli 1994 koordinierte Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, die Gesetze, die dieses Gesetz abgeändert haben oder ändern werden, und die Durchführungsbeschlüsse zu diesem Gesetz eine Beihilfe vorsehen, unter anderem:

1°) übliche medizinische Leistungen, wozu Folgendes gehört:

- a) Arztbesuche und Konsultationen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten;
- b) Unterstützung durch das Pflegepersonal;
- c) Betreuung durch Physiotherapeuten;
- d) technische Dienstleistungen für Diagnose und Behandlung, die die Fähigkeiten eines Facharztes nicht erfordern;
- e) zahnmedizinische Versorgung zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Zähnen.

2°) Entbindungen;

3°) Leistungen, die die besondere Kompetenz eines Facharztes oder Apothekers erfordern;

4.) Bereitstellung von Augenprothesen, Hörgeräten, orthopädischen Geräten und anderen Prothesen;

5.) die Bereitstellung von verschriebenen Arzneimitteln:

- a) personalisierte Medikamente;
- b) spezielle Pharmazeutika;

6°) Einweisung in ein Krankenhaus zur Beobachtung und Behandlung;

7°) die erforderlichen Rehabilitationsleistungen;

8°) die erforderlichen Leistungen für eine berufsbezogene Umschulung.

Die in den Ziffern 7 und 8 genannten Kosten werden nur übernommen, wenn das Amt zuvor seine Zustimmung erteilt hat.

9°) *In Belgien: Reisekosten für Patienten, die wegen Lungentuberkulose in ein Sanatorium eingewiesen werden müssen oder die ambulant in Zentren zur Krebsbekämpfung oder in Nierendialysezentren behandelt werden;

*Bei Auslandsreisen ist die Beihilfe zu den oben genannten Reisekosten jedoch auf 50 EUR für die Hin- und Rückreise begrenzt;

10°) bis zu einem Betrag von 100 Euro: der Krankentransport, wenn ärztlich festgestellt wird, dass die leistungsberechtigte Person nicht mit normalen öffentlichen Verkehrsmitteln reisen kann und in eine medizinische Einrichtung oder ein Krankenhaus verlegt werden muss, oder bei der Rückkehr von dieser Einrichtung an den Wohnort;

11°) die im Rahmen der häuslichen Pflege erforderliche Pflege;

12°) Bereitstellung von Blut und Blutderivaten.

Darüber hinaus erstattet das Amt:

- Impfstoffe;
- Medikamente gegen Malaria.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 2. - AUSGESCHLOSSENE RISIKEN

In den Vertragsumfang fallen nicht:

- 1) medizinische Leistungen, die verursacht werden durch:
 - a) einen Unfall bei der Ausübung einer gefährlichen Sportart (Bobfahren, Skifahren abseits der Piste, Skispringen, Skeleton, Eishockey, Rugby, American Football, Kampf- oder Verteidigungssportarten (Boxen, Wrestling, Freikampf in allen möglichen Variationen, Karate usw.), Besteigen von Bergen und Gletschern auf unbekanntem Wegen oder durch Erkundung, speläologische oder unterseeische Expeditionen, Rafting, Jagd auf Raubtiere oder Großwild, Reiten, wenn es sich um Hindernisspringen, Hindernislauf, Dressurreiten, Übungen als Balancekünstler oder Akrobat handelt (diese sind jedoch versichert, wenn sie Teil eines Gymnastik- oder Fitnessprogramms sind); (diese Aufzählung dient nur als Anhaltspunkt) oder nach einer großen Anstrengung während oder im Hinblick auf einen Wettbewerb oder eine Veranstaltung;
 - b) einen Arbeitsunfall oder einen Unfall auf dem Weg zur und von der Arbeit;
 - c) einen Unfall bei entgeltlicher Arbeit im Auftrag Dritter;
- 2) ärztliche Untersuchungen oder Arbeitsfähigkeitstests, die den Leistungsberechtigten von einem Dritten auferlegt werden;
- 3) pharmazeutische Erzeugnisse und Lieferungen, die zur Verwendung durch eine nach Artikel 3 leistungsberechtigte Person in Zeiträumen bestimmt sind, in denen sie keinen Versicherungsschutz genießt.

ARTIKEL 3. - LEISTUNGSBERECHTIGTE

- a) der Unterzeichnende, der an dem durch das Gesetz vom 17. Juli 1963 geschaffenen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit teilnimmt;
- b) der nicht geschiedene Lebenspartner des/der Unterzeichneten;
- c) die Person, die seit mehr als sechs Monaten mit dem Unterzeichnenden zusammenlebt. Die Eintragung als Person zu Ihren Lasten ist nicht möglich, wenn der/die Ehepartner(in) des/der Unterzeichneten selbst unterhaltsberechtigter ist oder wenn der Ehepartner unter dem Dach des/der Unterzeichneten lebt.
- d) Kinder, deren Elternschaft (einschließlich Adoptivelternschaft) gegenüber den unter den Buchstaben a), b) und c) genannten Leistungsberechtigten festgestellt ist und die tatsächlich von diesen Unterhalt beziehen.
- e) Enkelkinder, die tatsächlich zu Lasten des Unterzeichnenden oder der gemäß Buchstabe b) oder c) leistungsberechtigten Person sind.

Die unter b), c), d) und e) genannten Leistungsberechtigten können ihre Eigenschaft verlieren, wenn sie Anspruch auf die Beihilfe für die ärztliche Versorgung aufgrund von belgischen oder nicht-belgischen Rechtsvorschriften oder Regelungen erheben können.

Die unter den Buchstaben b), c), d) und e) aufgeführten Leistungsberechtigten erhalten jedoch ihren Anspruch auf Erstattung im Rahmen des laufenden Vertrags, wenn der Leistungsberechtigte im Sinne von a) sich dafür entscheidet, den Beitrag für den laufenden Vertrag während eines Zeitraums fortzuzahlen, in dem er Leistungen der Kranken- und Invaliditätsversicherung gemäß Kapitel IV des Gesetzes vom 17. Juli 1963 über die Überseeische Soziale Sicherheit bezieht. Entschieden sich der unter a) genannte Leistungsberechtigte dafür, diesen Beitrag nicht weiter zu zahlen, so werden seine Kosten sowie die der anderen Leistungsberechtigten gemäß den Bestimmungen von Kapitel IV des Gesetzes vom 17. Juli 1963 (LIKIV-Tarife) erstattet.

Die unter b) und c) aufgeführten Leistungsberechtigten verlieren ihren Status als Leistungsberechtigte auch dann, wenn sie selbst am System der Überseeischen Sozialen Sicherheit teilnehmen können oder wenn sie ein Einkommen beziehen, das über dem für die Berücksichtigung als unterhaltsberechtigter Person gemäß dem am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung zulässigen Betrag liegt, unbeschadet der bis zum 31. Dezember 2005 erworbenen Ansprüche.

Im Folgenden werden diese Personen als „Familie des Unterzeichnenden“ bezeichnet.

Die oben genannten Kinder und Enkelkinder können bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres eine Beihilfe zu den Kosten der medizinischen Versorgung erhalten.

Der Versicherungsvertrag gilt bis zum Alter von 25 Jahren für Kinder und Enkelkinder, die eine Vollzeitausbildung an einer weiterführenden Schule, einer Hochschule, einer Fachhochschule oder einer Berufsschule absolvieren oder die ein unbezahltes Praktikum absolvieren oder einen Lehrvertrag haben. Diese Unterrichtsstunden oder Praktika müssen tagsüber stattfinden.

Die Beihilfe zur medizinischen Versorgung wird während der auf das Ende des Schuljahres folgenden Ferien beibehalten.

Die Beihilfe zur medizinischen Versorgung eines Kindes oder Enkelkindes, das sein Studium unterbricht oder abbricht, kann während der Wartezeit vor dem Bezug von Arbeitslosengeld beibehalten werden.

Die Beihilfe zur medizinischen Versorgung gilt ohne Altersgrenze für Kinder und Enkelkinder, die aufgrund ihres körperlichen oder geistigen Zustands nicht in der Lage sind, einen Beruf auszuüben.

Alle diese Personen müssen vom Unterzeichnenden gemäß Artikel 6 benannt werden.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 4. - VERSICHERUNGSZEITEN

Mit Ausnahme des Zeitraums, für den die Kranken- und Invaliditätsversicherung gilt, zahlt das Amt die in Artikel 1 beschriebenen medizinischen Leistungen dem Leistungsberechtigten, wenn er sowohl den Beitrag für das allgemeine System der Überseeischen Sozialen Sicherheit als auch für diesen Vertrag bezahlt. Während dieser Zeiträume kann der Unterzeichnende beschließen, nur Beiträge im Rahmen dieses Vertrags zu leisten.

ARTIKEL 5. - BEIHILFEN

- 1) Die Kosten werden nur dann erstattet, wenn sie auf ärztliche Verschreibung hin erbracht werden.
- 2) Das Amt übernimmt die Kosten für medizinische Leistungen in Euro gegen Vorlage detaillierter Belege, denen eine Zahlungsquittung und eine Liste der vorgelegten Belege mit der Eintragsnummer des Versicherungsnehmers beigefügt sind.
- 3) Werden die Kosten außerhalb eines Landes der Eurozone getragen, erstattet das Amt den Gegenwert der aufgrund dieses Vertrages geschuldeten Beträge in Euro zum offiziellen Wechselkurs, der am ersten Tag des Vormonats der Erstattung gilt. Wenn die Zahlung außerhalb von Belgien erfolgt, gehen die Umtausch- und/oder Überweisungskosten zu Lasten des Empfängers. Das Amt kann eine gründliche Prüfung der ihm übermittelten Kosten vornehmen und die Erstattung dieser Kosten während dieser Prüfung aussetzen.
- 4) Die Kosten für die medizinische Versorgung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, für die ein Dritter haftbar gemacht werden könnte, werden nur dann übernommen, wenn der Leistungsberechtigte seine Rechte gegenüber dem verantwortlichen Dritten in Höhe der Beihilfen dem Amt abtritt.
- 5) Das Amt behält sich das Recht vor, Leistungen nicht zu zahlen oder einzuschränken oder zu Unrecht gezahlte Leistungen vom Unterzeichnenden zurückzufordern, wenn eine offensichtliche Überberechnung oder ein offensichtlicher Betrug vorliegt.

ARTIKEL 6. - VOM UNTERZEICHNENDEN BEREITZUSTELLENDEN INFORMATIONEN

- a) Der Unterzeichnende informiert das Amt bei Vertragsunterzeichnung über die Familienzusammensetzung gemäß Artikel 3 und gibt dabei den Personenstand und das Beschäftigungsland an. Der Unterzeichnende übermittelt diese Informationen unter Verwendung der ihm vom Amt zur Verfügung gestellten Formulare.
- b) Jede Veränderung in der Familie des Unterzeichnenden ist dem Amt mitzuteilen (z. B. Heirat, Geburt, Tod).
- c) Allen obigen Informationen sind auf Verlangen des Amtes gerichtliche Bescheinigungen und/oder Urkunden oder Auszüge aus den Personenstandsregistern sowie gegebenenfalls eine ehrenwörtliche Erklärung beizufügen.
- d) Jede Änderung der persönlichen Situation des Unterzeichnenden, die sich auf das Recht auf Teilnahme am System der Überseeischen Sozialen Sicherheit auswirkt (z. B. Land der Beschäftigung), ist dem Amt mitzuteilen.
- e) Ein Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich länger als einen Monat dauert, ist dem Amt mitzuteilen.
- f) Das Amt behält sich das Recht vor, die Rückerstattung abzulehnen, einzuschränken oder vom Unterzeichnenden die Erstattung von Beträgen zu verlangen, die aufgrund fehlender, unzureichender oder verspäteter Übermittlung der in diesem Artikel vorgeschriebenen Informationen irrtümlich gezahlt wurden.

ARTIKEL 7. - AUF ANFRAGE VORZULEGENDE BELEGE

Das Amt behält sich das Recht vor, vom Unterzeichnenden und seinen Familienangehörigen alle Bescheinigungen und/oder Urkunden oder Auszüge aus Personenstandsunterlagen anzufordern, die es für erforderlich hält.

ARTIKEL 8. - BEITRÄGE

- a) Der in den Sonderbedingungen dieses Vertrags festgelegte monatliche Beitrag schwankt im Verhältnis zum Verbraucherpreisindex gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 2. August 1971, das u. a. die Sozialversicherungsbeiträge an die Schwankungen des besagten Index bindet, sowie gemäß den Gesetzen, die dieses Gesetz geändert haben oder ändern werden.
- b) Der Beitrag ist gleichzeitig auf das Postkonto Nr. 679-0073517-88 des Amtes zu überweisen (SWIFT oder BIC: PCHQBEBB; IBAN: BE56 6790 0735 1788), und zwar nach demselben Verfahren, das im allgemeinen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit (K.E. vom 15. September 1965) vorgesehen ist. Bei Zahlungsverzug werden Verzugszinsen erhoben, die nach den hierfür vorgesehenen Bestimmungen berechnet werden.
- c) Der Unterzeichnende erklärt, dass er darauf verzichtet, sich auf die Artikel 1253 ff. des Zivilgesetzbuches zu berufen, wonach der Schuldner mehrerer Schulden bei der Zahlung angeben muss, welche Schuld er zu begleichen beabsichtigt, und räumt dem Amt das Recht ein, die geleisteten Zahlungen von allen aufgrund dieses Vertrages geschuldeten Beträgen abzuziehen, trotz anderweitiger Anweisungen des Versicherten.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 9. - WARTEZEIT

Der Anspruch auf die in diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen kann erst nach Ablauf eines ununterbrochenen Zeitraums von sechs Monaten der Versicherungsteilnahme, beginnend mit dem Datum des Inkrafttretens des Vertrags, geltend gemacht werden.

Ungeachtet dessen kann diese Sechsmonatsfrist auf die nachstehend aufgeführten ununterbrochenen Fristen verkürzt werden, wenn diese unmittelbar vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags liegen:

- 1) die Zeiten, in denen der Unterzeichnende aufgrund eines mit dem Amt abgeschlossenen zusätzlichen Vertrages für Gesundheitspflegeversicherung die Eigenschaft eines Leistungsberechtigten hatte;
- 2) der Zeitraum zwischen dem Ende einer unter 1) genannten Frist und dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags, wenn er nicht mehr als zwei Monate beträgt;
- 3) die in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz vorgesehenen Zeiträume einer Pflichtversicherung in der sozialen Sicherheit;
- 4) der Zeitraum zwischen der Beendigung der Versicherungspflicht nach einer der in Absatz 3 genannten Rechtsvorschriften und dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags, wenn er nicht mehr als zwei Monate beträgt;
- 5) die Unterbrechungen der Versicherungspflicht, die in den unter Absatz 3 genannten Gesetzen vorgesehen sind, wenn sie zusammen nicht länger als einen Monat andauern;
- 6) die Zeiträume, in denen der Unterzeichnende ganztägige Kurse besucht hat;
- 7) Wartezeiten vor dem Bezug von Arbeitslosengeld;
- 8) Zeiträume, in denen der Unterzeichnende in Anwendung von Artikel 35 § 1 des Gesetzes vom 17. Juli 1963 eine Beihilfe aufgrund von Krankheit/Invalidität bezogen hat;
- 9) der Zeitraum zwischen dem Ende einer in Absatz 8 genannten Frist und dem Tag, an dem der Vertrag wirksam wird, wenn er einen Monat nicht überschreitet.

ARTIKEL 10. - VERJÄHRUNGSFRIST

Die Zahlung von Leistungen verjährt nach drei Jahren ab dem Datum, an dem diese Leistungen erbracht wurden.

ARTIKEL 11. - VERTRAGSDAUER

Der Vertrag wird zu dem in den Sonderbedingungen genannten Zeitpunkt wirksam.

Der Vertrag kann mit einer Frist von mindestens einem Monat und per Einschreiben gekündigt werden. Die Kündigungen werden am ersten Tag des auf das Einschreiben folgenden Monats wirksam.

Bei Nichtzahlung kann das Amt gemäß Artikel 8b) den laufenden Vertrag kündigen. Dies geschieht per Einschreiben mit einer Kündigungsfrist von mindestens vierzehn Tagen, die am Folgetag des Eingangs des Einschreibens bei der Post in Kraft tritt.

ARTIKEL 12. - ZUSTÄNDIGE GERICHTE

Für die Entscheidung von Streitigkeiten, die sich aus der Anwendung dieses Vertrags ergeben, sind ausschließlich die belgischen Arbeitsgerichte zuständig.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

B. INDIVIDUELLE ZUSATZVERSICHERUNG „ARBEITSUNFÄLLE“

(Artikel 57 des Gesetzes vom 17. Juli 1963)

[1 Begriffsbestimmungen](#)

[2 Ausgeschlossene Risiken](#)

[3 Sonderrisiken](#)

[4 Versicherter](#)

[5 Vertragliche Auswirkungen](#)

[6 Beiträge](#)

[7 Erklärungen des Versicherten und Sanktionen](#)

[8 Entschädigung für Schäden, die durch einen Arbeitsunfall verursacht wurden \(Zulagen - Zinsen - medizinische Kosten\)](#)

[9 Wahl der Erstattungsformel](#)

[10 Methode zur Ermittlung der Entschädigung](#)

[11 Zuteilung eines Teils des Kapitalwerts der Leibrenten](#)

[12 Beschränkung der Versicherung](#)

[13 Ärztliche Untersuchung](#)

[14 Verjährungsfrist](#)

[15 Vereinbarung - Revision](#)

[16 Haftung Dritter](#)

[17 Finanzielle Regelungen](#)

[18 Zustimmung des Versicherten](#)

[19 Vertragsdauer](#)

[20 Versicherungsformeln](#)

[21 Zuständige Gerichte](#)

ARTIKEL 1. - BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Nachstehend gelten folgende Begriffsbestimmungen:

Amt: das Landesamt für Soziale Sicherheit;

Arbeitsunfall:

- Jeder Unfall, der einem Arbeitnehmer während und durch die Erfüllung des Arbeitsvertrags zustößt und der zu einer Körperverletzung führt, die wiederum eine Arbeitsunfähigkeit oder den Tod oder zumindest Kosten für ärztliche Versorgung oder Kosten für Arzneimittel zur Folge hat.
Der Unfall, der während der Ausübung des Vertrages eintritt, gilt mangels Gegenbeweises als zugestoßen aufgrund der Ausübung dieses Vertrages.
Geben die betroffene Person oder ihre Leistungsberechtigten zusätzlich zum Vorliegen einer Verletzung ein plötzliches Ereignis an, so wird bis zum Gegenbeweis vermutet, dass die Verletzung durch einen Unfall verursacht worden ist.
- Auch ein Unfall auf dem Arbeitsweg wird als Arbeitsunfall angesehen.

Arbeitsweg:

- die Hin- und Rückreise über die normale Route oder über die vom Amt anerkannte Route in das Land der Beschäftigung;
- der normale Weg des Arbeitnehmers von seinem Wohnort zu seinem Arbeitsplatz und umgekehrt.
Der Weg zum oder vom Wohnort beginnt, wenn der Arbeitnehmer die Schwelle seines Wohnortes verlässt und endet, wenn diese wieder überschritten wird.

ARTIKEL 2. - AUSGESCHLOSSENE RISIKEN

Diese Versicherung deckt nicht:

- a) die mit der Erforschung und Erprobung der Kernspaltung verbundenen Risiken;
- b) die Folgen von Atomexplosionen;
- c) Schäden, die während oder infolge von Streiks mit politischem Hintergrund erlitten werden, Streiks mit aktiver Teilnahme an einer öffentlichen Demonstration oder als Streikposten oder jede andere körperlichen Auseinandersetzung, Unruhen, Straftaten mit politischem Hintergrund, bewaffneter oder unbewaffneter Aufstand, politisch militante Volksbewegungen, bürgerliche Ausschreitungen, Revolution, Aufruhr, Entführung und Lösegeldforderung, Terrorismus (einschließlich bakterieller und chemischer Terrorismus), Krieg, Bürgerkrieg, militärischer Widerstand, einschließlich der Intervention ausländischer Streitkräfte oder einer Machtergreifung, und ganz allgemein jede Aktivität von Organisationen, deren Ziel es ist oder war, eine Regierung durch Terror oder Gewalt rechtlich oder faktisch zu stürzen oder unter Druck zu setzen;
- d) Unfälle, die dem Versicherten zustoßen, wenn er an militärischen Operationen zu Lande, zu Wasser oder in der Luft beteiligt ist oder eine aktive Rolle in der einen oder anderen Streitkraft spielt, sowie die Schäden, die durch Kriegsgeräte verursacht werden.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 3. - SONDERRISIKEN

Die Risiken, die sich aus den nachstehend genannten Tätigkeiten ergeben, gelten nur dann als versichert, wenn sie dem Amt schriftlich mitgeteilt wurden und von diesem ausdrücklich akzeptiert wurden:

- 1) Arbeit an Bord eines Schiffes als Besatzungsmitglied;
- 2) Arbeit auf einer Bohrinself (Off- und Onshore);
- 3) Stauung;
- 4) Baggerarbeiten;
- 5) Probefahrten von Schiffen auf See;
- 6) Arbeiten unter Wasser - Tiefseetauchen.
Der Versicherte muss dem Amt bis zum 1. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Jahr Folgendes melden: die Anzahl der von ihm durchgeführten Tiefseetauchgänge, die durchschnittlich erreichte Tiefe, die durchschnittliche Dauer und den Zeitraum, in dem er Tiefseetauchgänge durchgeführt hat. Dem Amt wird eine Bescheinigung des Arbeitgebers vorgelegt.
- 7) Betrieb von Eisenbahnen;
- 8) Rüstungssektor;
- 9) Sicherheitssektor (Leibwache, Installation);
- 10) Herstellung oder Verwendung von Patronen, Fackeln, Dynamit, Nitroglyzerin, Sprengstoffen und stickstoffhaltigen Stoffen;
- 11) Bau und Reparatur von Tunneln, Brücken, Dämmen und Staudämmen;
- 12) Gewinnung und Raffination von gasförmigen Brennstoffen;
- 13) Arbeiten in Chemiefabriken;
- 14) Arbeiten im Bergbau unter Tage;
- 15) Arbeiten in Steinbrüchen mit Sprengstoff;
- 16) in der Höhe ausgeführte Arbeiten (Türme, Glockentürme, Gebäude höher als 30 m oder Ähnliches);
- 17) Luftverkehrsunternehmen;
Arbeiten des Versicherten als Mitglied der Flugbesatzung bei der Benutzung von ihm oder seinem Arbeitgeber gehörenden Luftfahrzeugen;
- 18) Nutzung von zweimotorigen Flugzeugen, leichten einmotorigen Flugzeugen, Hubschraubern oder Ultraleichtflugzeugen.
Wenn der Versicherte eines dieser Verkehrsmittel für seine berufliche Tätigkeit benutzt, muss er dem Amt spätestens am 1. März eines jeden Jahres für das vergangene Jahr die Anzahl der durchgeführten Flüge (ein Flug = Start und Landung) mitteilen.
- 19) Fallschirmspringen. Der Versicherte muss dem Amt spätestens am 1. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Jahr die Zahl der Fallschirmsprünge melden. Dem Amt wird eine Bescheinigung des Arbeitgebers vorgelegt.
- 20) Berufliche Tätigkeiten im Irak.

ARTIKEL 4. - VERSICHERTER

Die Versicherung wird vom Versicherten abgeschlossen. Er verpflichtet sich, die Beiträge zu zahlen.

Die einzigen Personen, die von dem Amt versichert werden können, sind die Personen, die dem durch das Gesetz vom 17. Juli 1963 geschaffenen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit angehören.

ARTIKEL 5. - VERTRAGLICHE AUSWIRKUNGEN

Die Versicherung gilt ab dem in den Sonderbedingungen genannten Datum.

Die Versicherung deckt lediglich die Zeiträume ab, für die Beiträge zum laufenden Vertrag und zum allgemeinen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit gezahlt wurden.

ARTIKEL 6. - BEITRÄGE

Ein nach den Sonderbedingungen dieses Vertrags festgelegter Beitrag ist für diese Versicherung für jeden Monat fällig, in dem die versicherte Person am System der Überseeischen Sozialen Sicherheit teilnimmt.

Der Monatsbeitrag ist unteilbar; er schwankt entsprechend dem Verbraucherpreisindex gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 2. August 1971 (Belgisches Staatsblatt vom 20. August 1971), das Sozialversicherungsbeiträge u. a. an die Schwankungen des besagten Indexes bindet, und den Gesetzen, die diese ändern würden.

Die Beiträge sind gleichzeitig auf das Postkonto Nr. 679-0073517-88 des Amtes zu überweisen (SWIFT oder BIC: PCHQBEBB; IBAN: BE56 6790 0735 1788), und zwar nach demselben Verfahren, das im allgemeinen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit (K.E. vom 15. September 1965) vorgesehen ist. Bei Zahlungsverzug werden Verzugszinsen erhoben, die nach den hierfür vorgesehenen Bestimmungen berechnet werden.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 7. - ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERTEN UND SANKTIONEN

a) Bei Vertragsabschluss

Der Versicherte muss sehr genau angeben, unter welchen Umständen er seine berufliche Tätigkeit ausüben muss und auf welchem Weg er normalerweise in das Land gelangt, in dem er sie ausübt.

Verschweigt er absichtlich bestimmte Risikomerkmale oder stellt er sie ungenau dar, gilt der Vertrag als nicht abgeschlossen und die Beiträge bleiben so lange fällig, bis das Amt von dieser Fahrlässigkeit oder Ungenauigkeit Kenntnis erlangt hat.

Ist die Fahrlässigkeit oder Ungenauigkeit nicht beabsichtigt, unterbreitet das Amt innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme einen Vorschlag für einen geänderten Vertrag oder kündigt den Vertrag innerhalb derselben Frist, sofern sich herausstellt, dass der Vertrag das Risiko nicht abgedeckt hätte, wenn das Amt bei Vertragsabschluss davon Kenntnis gehabt hätte.

Erteilt der Versicherte seine Zustimmung nicht oder stimmt er den neuen Bedingungen nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang des Vorschlags zu, kann das Amt den Vertrag innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf dieser Frist kündigen.

Wird der Vertrag weder gekündigt noch geändert, wird davon ausgegangen, dass die neuen Elemente vom Amt zu den ursprünglichen Bedingungen akzeptiert werden.

Wenn die Fahrlässigkeit oder die Ungenauigkeit nicht dem Versicherten angelastet werden kann und wenn ein Schaden eintritt, bevor die oben genannte Änderung oder Kündigung wirksam wird, leistet das Amt die vereinbarte Entschädigung.

b) Bei Abreise zu einem Ort, an dem die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, oder bei Rückkehr von diesem Ort

Gegebenenfalls muss der Versicherte das Amt über jede Änderung des üblichen Reisewegs in das oder aus dem Land, in dem die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird (einschließlich des verwendeten Transportmittels), informieren und die schriftliche Zustimmung des Amtes zu einer solchen Änderung einholen. Reagiert das Amt nicht innerhalb von zwei Tagen nach Antragseingang, gilt die Änderung als angenommen.

Der Versicherte kann sein Versicherungsrecht verlieren, wenn die Nichterfüllung dieser Verpflichtung in direktem Zusammenhang mit dem Schadenfall steht.

c) Bei einer Änderung des Risikos

Hat sich das Risiko während der Vertragslaufzeit erheblich verringert, kann der Versicherte beim Amt eine Senkung seiner Beiträge beantragen. Erzielen die Parteien im Laufe des Monats, der auf den Antrag auf Revision folgt, keine Einigung über den neuen Beitrag, kann der Versicherte den Vertrag zum letzten Tag des laufenden Monats kündigen.

Der Versicherte ist verpflichtet, dem Amt bei Vertragserfüllung unverzüglich alle neuen Umstände mitzuteilen, die sensibler und dauerhafter Natur sind und das Risiko, dem der Versicherte ausgesetzt sein könnte, verändern könnten. Hat sich dieses Risiko derart erhöht, dass das Amt nicht bereit gewesen wäre, den Versicherten nur zu anderen Bedingungen zu versichern, wenn die verschlechterte Situation zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses eingetreten wäre, schlägt das Amt innerhalb des Monats, der auf den Tag folgt, an dem es davon Kenntnis erlangt hat, einen geänderten Vertrag vor. Das Amt wird den Vertrag innerhalb derselben Frist kündigen, wenn nachgewiesen wird, dass der Vertrag das Risiko nicht abgedeckt hätte, wenn dies dem Amt bei Abschluss des Vertrages bekannt gewesen wäre.

Erteilt der Versicherte seine Zustimmung nicht oder stimmt er den neuen Bedingungen nicht innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang des Vorschlags zu, kann das Amt den Vertrag innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf dieser Frist kündigen.

Wird der Vertrag weder gekündigt noch geändert, wird davon ausgegangen, dass die neuen Elemente vom Amt zu den ursprünglichen Bedingungen akzeptiert werden.

Kann dem Versicherten nicht vorgeworfen werden, dieser Verpflichtung nicht nachgekommen zu sein, und tritt ein Schaden ein, so leistet das Amt die vereinbarte Entschädigung.

Erweist sich die fehlende Erklärung als betrügerisch, verliert der Versicherte seinen Versicherungsanspruch und das Amt behält die verfallenen Beiträge als Entschädigung und Zinsen ein.

d) Bei Meldung des Unfalls

Der Versicherte oder seine Leistungsberechtigten sind verpflichtet, das Amt so schnell wie möglich über jeden Unfall zu informieren, dessen Risiko durch diesen Vertrag gedeckt ist.

Das Amt kann die Berücksichtigung eines Unfalls ablehnen, der ihm nicht innerhalb von drei Monaten nach seinem Eintreten gemeldet wurde, es sei denn, die Meldung erfolgte so schnell, wie dies vernünftigerweise möglich war.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

In der vorgenannten Erklärung oder in einer zusätzlichen Erklärung ist Folgendes anzugeben:

- wenn der Versicherte verstorben ist:
 1. Name, Vornamen und Geburtsdatum der versicherten Person;
 2. Todesdatum der versicherten Person;
 3. Name, Vornamen und Geburtsdatum des Ehegatten/der Ehegattin;
 4. Name, Vornamen und Geburtsdatum der Kinder;
 5. gegebenenfalls: Name, Vornamen und Geburtsdatum von Vater und Mutter des Opfers;
- bei Verletzungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten geführt haben:
 1. Name, Vornamen und Geburtsdatum der versicherten Person;
 2. Art der Verletzung (durch ein ärztliches Attest).

Im Allgemeinen wird der Versicherte unverzüglich auf die Informationsanfragen des Amtes reagieren, um die Umstände und das Ausmaß des Unfalls festzustellen.

Der Versicherte kann seinen Versicherungsanspruch auch teilweise verirken, wenn die Nichterfüllung einer der in diesem Buchstaben d) genannten Verpflichtungen einen Schaden für das Amt verursacht.

Das Amt wird die Versicherung nicht gewähren, wenn die Fahrlässigkeit als betrügerisch eingestuft wird.

ARTIKEL 8. - ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHÄDEN, DIE DURCH EINEN ARBEITSUNFALL VERURSACHT WURDEN (Zulagen - Zinsen - medizinische Kosten)

§ 1er. - Arbeitsunfähigkeit

Entschädigungen und Leistungen.

Die nachstehend aufgeführten Entschädigungen und Leistungen stehen dem Opfer ab dem 31. Tag nach Beginn der durch den Arbeitsunfall verursachten Arbeitsunfähigkeit zu.

- a) Vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit: Entschädigung pro Kalendertag.
Eine teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird im Verhältnis zum Grad der Arbeitsunfähigkeit entschädigt, es sei denn, das Opfer arbeitet weiter. Handelt es sich jedoch um eine Teilbeschäftigung, so ist die Entschädigung im Verhältnis zwischen der nicht geleisteten Arbeitszeit und der vollen Arbeitszeit zu zahlen.
- b) Arbeitsunfähigkeit: ab der Konsolidierung der Verletzungen eine jährliche Beihilfe, die um maximal 50 % erhöht wird, wenn der Zustand des Opfers die absolute und normale Hilfe einer dritten Person erfordert. Nach Ablauf der in Artikel 15 § 3 vorgesehenen Revisionsfrist wird die jährliche Leistung durch eine Leibrente ersetzt.
Bei teilweiser und dauerhafter Arbeitsunfähigkeit wird die Höhe der Leistung anhand der Tabelle in Anlage 1 ermittelt.
Erreicht die dauernde Arbeitsunfähigkeit bei Ablauf der in Artikel 15 § 3 genannten Revisionsfrist nicht 10 %, so wird dem Opfer der Gegenwert der Leibrente gezahlt.

§ 2. - Kosten für medizinische Versorgung und Transport nach einem Arbeitsunfall:

- a) Transportkosten (Reisen auf Antrag des Amtes, des Gerichts, des vom Gericht bestellten Sachverständigen oder aus gesundheitlichen Gründen) unter folgenden Bedingungen:
 - wenn der Gesundheitszustand dies erfordert: die tatsächlichen Kosten des Krankenwagens;
 - die tatsächlichen Transportkosten (öffentliche Verkehrsmittel zweiter Klasse);
 - eine Kilometerpauschale für die Benutzung des eigenen Fahrzeugs (siehe Anhang 1).
- b) Die Kosten für die medizinische Versorgung infolge des Arbeitsunfalls, die vom Amt ausdrücklich genehmigt wurden, werden vom Amt ab dem Tag des Unfalls getragen. Der Versicherte hat Anspruch auf medizinische, chirurgische, pharmazeutische und pflegebezogene Versorgung, einschließlich Prothesen und orthopädischer Hilfsmittel, die sich infolge des Unfalls als notwendig erweisen, sowie auf Ersatz und Wartung dieser Hilfsmittel.
Die Kosten für die Rückführung oder den Transport in ein anderes Land, die vom Amt ausdrücklich genehmigt wurden, werden ebenfalls erstattet.
Für die durch den Arbeitsunfall verursachten Kosten der medizinischen Versorgung und des Transports leistet das Amt nach Ablauf der in Artikel 15 § 3 genannten Revisionsfrist keine Entschädigung mehr, es sei denn, das Opfer hat aufgrund anderer Rechts- oder Verwaltungsvorschriften oder einer gegenseitigen Vereinbarung keinen Anspruch auf eine ähnliche Entschädigung.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

§ 3. - Tödlicher Unfall

Stirbt das Opfer vor Ablauf der in Artikel 15 § 3 genannten Frist infolge des Unfalls oder der Folgen des Unfalls, so wird Folgendes gewährt:

- a) Bestattungskosten: ein Pauschalbetrag (siehe Anhang 1);
- b) die Kosten für die Überführung des Verstorbenen bis zu einem bestimmten Höchstbetrag (siehe Anhang 1);
- c) an den/die Ehepartner(in), der/die zum Unfallzeitpunkt noch nicht geschieden war oder an den/die Ehepartner(in), der/die zum Todeszeitpunkt nicht geschieden ist, vorausgesetzt:
 - dass die Ehe mindestens ein Jahr vor dem Tod des Versicherten geschlossen wurde;
 - dass aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist;
 - oder dass zum Zeitpunkt des Todes ein unterhaltsberechtigtes Kind des Ehepartners/der Ehepartnerin vorhanden ist, das eine Kinderzulage erhält: eine Waisenrente, d. h. eine Leibrente an Waisen,
- d) die nach dem allgemeinen System der Überseeischen Sozialen Sicherheit zu den Personengruppen gehören, die Waisenrenten beziehen,
 - Halbweisen: eine befristete* Rente;
 - Vollweisen: eine erhöhte zeitlich befristete* Rente.

*solange das Waisenkind Kindergeld erhält, auf jeden Fall aber bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs.
- e) an den Vater und die Mutter des Opfers: eine Leibrente, wenn sie regelmäßig eine direkte Leistung aus dem Gehalt des Opfers erhielten und wenn das Opfer zum Todeszeitpunkt nicht oder nicht mehr verheiratet war.

§ 4. - Die Kosten für die medizinische Versorgung und den Transport sowie die Bestattungskosten werden denjenigen erstattet, die sie tatsächlich getragen haben.

ARTIKEL 9. - WAHL DER ENTSCHÄDIGUNGSFORMEL

Dem Versicherten steht es frei, eine der in Anhang 1 vorgesehenen Erstattungsformeln zu wählen.

Bei Vertragsabschluss teilt der Versicherte dem Amt die gewählte Versicherungsformel mit.

Unbeschadet der Anwendung von Artikel 10 kann der Versicherte die Wahl der Entschädigungsformel während der Vertragslaufzeit ändern.

ARTIKEL 10. - METHODE ZUR BERECHNUNG DER ENTSCHÄDIGUNGEN

Der Entschädigungsbetrag nach Artikel 8 wird auf der Grundlage der Versicherungsformel berechnet, die dem letzten vor dem Unfall gezahlten Beitrag entspricht.

Diese Entschädigungen entsprechen den in der beigefügten Tabelle 1 für die betreffende Versicherungsformel angegebenen Beträgen, multipliziert mit einem Neubewertungskoeffizienten. Dieser Koeffizient ist der Bruch, der im Zähler die Summe der Beiträge für die zwölf Monate vor dem Monat des Unfalls und im Nenner das 11,8626-fache des am 1. Januar 1990 festgesetzten Beitrags enthält.

Verfügt das Opfer zum Zeitpunkt des Unfalls über weniger als 12 Versicherungsmonate nach der für die Schadensregulierung geltenden Formel, so wird die Entschädigung unter der Annahme berechnet, dass für die fehlenden Monate die nach dieser Formel vorgeschriebenen Beiträge gezahlt wurden, wobei der für jeden dieser Monate geltende Index berücksichtigt wird.

Wurde zum Zeitpunkt des Unfalls kein Beitrag gezahlt und ist die Frist dafür noch nicht abgelaufen, wird die Entschädigung nach der vom Versicherten gewählten Formel oder, wenn diese Wahl dem Amt vor dem Unfall nicht mitgeteilt wurde, nach der Formel gewährt, die die niedrigste Entschädigung garantiert.

ARTIKEL 11. - ZUTEILUNG EINES TEILS DES KAPITALWERTS DER LEIBRENTEN

Der Versicherte kann für sich und seine Leistungsberechtigten, die eine Rente beziehen (mit Ausnahme der Waisen), die Möglichkeit vorbehalten, den Kapitalwert des Rentenanteils, der den nach der Formel ermittelten Betrag übersteigt, die die niedrigste in Anhang 1 zum Unfallzeitpunkt vorgesehene Rente garantiert, ganz oder teilweise zu erhalten.

Diese Möglichkeit muss vom Opfer spätestens zwei Jahre nach Ablauf der Revisionsfrist und von den anderen Leistungsberechtigten spätestens zwei Jahre nach dem Datum der Mitteilung des ihnen zuerkannten Rentenbetrags durch das Amt in Anspruch genommen werden.

Der Kapitalwert der Rente ergibt sich durch Multiplikation der Renten mit dem aktuellen Wert - HFR 68-72, Zins 4,75 % - einer Jahresrente von 1 Euro.

ARTIKEL 12. - EINSCHRÄNKUNG DER VERSICHERUNG

Die Versicherung ist so begrenzt, dass der Gesamtbetrag der Kosten und Verpflichtungen aller Art, die das Amt im Namen der versicherten Person bei der Ausführung dieses Vertrags oder gegebenenfalls mehrerer mit dem Amt abgeschlossener Verträge im Bereich der Unfälle übernimmt, eine Million Euro nicht übersteigt.

Außerdem dürfen die Kosten und Verpflichtungen des Amtes unabhängig von der Anzahl der betroffenen Verträge 5 Mio. EUR pro Schadensfall nicht überschreiten. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für den Luftverkehr.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 13. - ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

- § 1er. Hängt die Höhe der Beihilfen von der Beurteilung der Unfallfolgen auf den körperlichen Zustand des Versicherten ab, so ist das Amt nur dann verpflichtet, den Betrag der Leistungen oder Renten vorzuschlagen, der dem Versicherten schätzungsweise zusteht, wenn dieser dem beratenden Arzt dem Amt alle in seinem Besitz befindlichen zweckdienlichen medizinischen Unterlagen vorgelegt und sich allen von diesem Arzt verlangten ärztlichen Untersuchungen unterzogen hat.
- § 2. Die Parteien können einander nur dann auf Durchführung der Untersuchung verklagen, wenn sie zuvor dem Versicherten per Einschreiben aufgefordert haben, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, die gleichzeitig von einem vom Amt benannten Arzt und einem vom Versicherten benannten Arzt durchgeführt wird. Der an das Amt gerichtete Antrag enthält die Angabe dieses Arztes, und in dem vom Amt übermittelten Antrag wird der Versicherte aufgefordert, innerhalb von dreißig Tagen einen Arzt zu benennen. Erklärt der Versicherte durch ein ärztliches Attest, dass er nicht in der Lage ist, sich zu bewegen, wird die gemeinsame ärztliche Untersuchung in der Wohnung des Versicherten durchgeführt.

ARTIKEL 14. - VERJÄHRUNGSFRIST

- § 1er Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 15 § 3 kann weder der Versicherungsnehmer noch der Versicherte mehr als drei Monate nach dem Datum der Mitteilung des Amtes einen Rechtsbehelf gegen eine per Einschreiben mitgeteilte Entscheidung des Amtes per Einschreiben zustellen.
- § 2 Ein Antrag auf Entschädigungszahlung ist nicht zulässig, wenn er mehr als drei Jahre nach dem Unfall eingereicht wird.

ARTIKEL 15. - VEREINBARUNG - REVISION

- § 1er. Vorbehaltlich der Bestimmungen von § 3 teilt das Amt dem Betroffenen oder jeder der betroffenen Personen innerhalb von drei Monaten nach Eingang der in Artikel 13 genannten Angaben und Belege die Höhe der Entschädigung, der Zulagen oder der Renten mit, die das Amt dem Opfer eines Arbeitsunfalls oder den Leistungsberechtigten schuldet, und ersucht das Amt um ihre Zustimmung dazu.
- § 2. Das Einverständnis der Parteien wird durch eine privatschriftliche Urkunde, einen Konsolidierungsvorschlag, festgestellt, den das Amt der berechtigten Person oder jedem der Leistungsberechtigten zur Unterschrift vorlegt.
- § 3. Der Antrag auf Neufestsetzung der Entschädigung aufgrund einer Änderung der Arbeitsunfähigkeit des Opfers oder seines Todes aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls muss innerhalb von drei Jahren nach Unterzeichnung der in Absatz 2 genannten Vereinbarung per Einschreiben eingereicht werden. Sobald das Amt über die erforderlichen medizinischen Informationen verfügt, schlägt es die neue Leistungshöhe vor und fordert den oder die Leistungsberechtigten auf, ihr zuzustimmen. Die neue Vereinbarung kann unter denselben Bedingungen Gegenstand von Revisionsanträgen sein, ohne dass die aufeinanderfolgenden Anträge eine Verlängerung der genannten Dreijahresfrist für die Einreichung der Änderungsanträge zur Folge haben.
- § 4. Während des in § 3 genannten Zeitraums von drei Jahren kann das Amt jederzeit verlangen, dass der Versicherte sich einer ärztlichen Untersuchung unterzieht. Diese Untersuchung findet in der Praxis des beratenden Arztes des Amtes statt. Der beratende Arzt kann den Versicherten jedoch entweder zu Hause untersuchen oder ihn auffordern, jeden ärztlichen Bericht vorzulegen, den er zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten für erforderlich hält.
- § 5. Kommt der Versicherte einer der in diesem Artikel genannten Verpflichtungen mehr als drei Monate nach Absendung eines Einschreibens nicht nach, kann das Amt die Akte und/oder die Zahlung der Entschädigung aussetzen.

ARTIKEL 16. - HAFTUNG DRITTER

Entschädigungen infolge eines Unfalls, für den ein Dritter haftbar gemacht werden könnte, werden vom Amt nur dann gezahlt, wenn der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger ihm ihre Rechte auf Entschädigung des durch den Unfall verursachten Sachschadens gegenüber dem verantwortlichen Dritten abtreten, und zwar in Höhe der Entschädigung, die von der vorliegenden Versicherung gewährt werden könnte.

Der Arbeitgeber, sein Beauftragter oder Angestellter kann nur in den unten aufgeführten Fällen als Dritter angesehen werden:

- a) Arbeitgeber:
- wenn er den Arbeitsunfall vorsätzlich verursacht hat;
 - wenn er vorsätzlich einen Unfall am Arbeitsplatz verursacht hat;
 - wenn der Arbeitsunfall Schäden am Eigentum des Arbeitnehmers verursacht hat;
 - wenn sich der Unfall auf dem Weg zur und von der Arbeit ereignet hat.
- b) Beauftragte oder Angestellte des Arbeitgebers:
- wenn sie den Arbeitsunfall vorsätzlich verursacht haben;
 - wenn sich der Unfall auf dem Weg zur und von der Arbeit ereignet hat.

ARTIKEL 17. - FINANZIELLE REGELUNGEN

Die Verpflichtungen der Parteien werden in Euro ausgedrückt; die Beiträge und Entschädigungen sind in Euro zu zahlen.



OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

ARTIKEL 18. - ZUSTIMMUNG DES VERSICHERTEN

Der Versicherte erklärt sich mit diesen Allgemeinen Bedingungen einverstanden, indem er seine Unterschrift am Ende der Sonderbedingungen dieses Vertrages leistet.

ARTIKEL 19. - VERTRAGSDAUER

Sofern nichts anderes vereinbart wird, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Der Vertrag kann mit einer Frist von mindestens einem Monat und per Einschreiben gekündigt werden. Die Kündigungen werden am ersten Tag des auf das Einschreiben folgenden Monats wirksam.

Bei Nichtzahlung kann das Amt gemäß Artikel 6 den laufenden Vertrag kündigen. Dies geschieht per Einschreiben mit einer Kündigungsfrist von mindestens vierzehn Tagen, die am Folgetag des Eingangs des Einschreibens bei der Post in Kraft tritt.

ARTIKEL 20. - VERSICHERUNGSFORMELN

Die Versicherungsformeln, die bei Schadensfällen infolge von Arbeitsunfällen zu verwenden sind, werden gemäß der Tabelle in Anhang 1 festgelegt.

ARTIKEL 21. - ZUSTÄNDIGE GERICHTE

Für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Anwendung dieses Vertrags sind ausschließlich die belgischen Arbeitsgerichte zuständig.

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

C. INDIVIDUELLE ZUSATZVERSICHERUNG „UNFÄLLE AUSSERHALB DES DIENSTES“

(Artikel 57 des Gesetzes vom 17. Juli 1963)

[1 Begriffsbestimmungen](#)

[2 Versicherte](#)

[3 Anwendbarkeit der Bestimmungen der persönlichen Arbeitsunfallversicherung](#)

[4 Zuteilung des gesamten oder teilweisen Kapitalwerts der Leibrenten](#)

[5 Ausgeschlossene Risiken](#)

[6 Sonderrisiken](#)

[7 Zustimmung des Versicherten](#)

[8 Versicherungsformeln](#)

[9 Zuständige Gerichte](#)

ARTIKEL 1. - BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Nachstehend gelten folgende Begriffsbestimmungen:

Amt: das Landesamt für Soziale Sicherheit;

Unfall: jedes zufällige, plötzliche, anormale Ereignis, das unmittelbar durch die Einwirkung einer äußeren, gewaltsamen Kraft verursacht wird, auf die der Versicherte keinen Einfluss hat, und das zu einer Verletzung des menschlichen Körpers führt.

Unbeschadet der Anwendung der Bestimmungen der Artikel 3, 5 und 6 erstreckt sich die in diesem Vertrag vorgesehene Garantie auf:

1. Unfälle, die durch Explosionen, elektrische Entladungen, Blitze oder andere atmosphärische Phänomene verursacht werden;
2. Ersticken durch versehentliches Entweichen von Gasen oder Dämpfen oder durch einen ungewollten Sturz ins Wasser;
3. Blutvergiftung, die durch einen durch diesen Vertrag versicherten Unfall verursacht wurde;
4. ordnungsgemäß festgestellte und ordnungsgemäß gemeldete Fälle von Tollwut, die durch Tierbisse verursacht wurde;
5. Unfälle, die auf nichtpolitische Angriffe oder Aggressionen gegen die Person des Versicherten oder Tierangriffe zurückzuführen sind;
6. Unfälle bei der Rettung von Personen oder Sachen und Verletzungen, die in legitimer Selbstverteidigung entstanden sind;
7. Unfälle, die der Versicherte bei der Benutzung eines Verkehrsmittels zu Lande oder zu Wasser erleidet;
8. Unfälle, die dem Versicherten während einer sportlichen Betätigung zustoßen können.

ARTIKEL 2. - VERSICHERTER

Die persönliche Versicherung wird vom Versicherten abgeschlossen. Er verpflichtet sich, die Beiträge zu zahlen.

Versichert werden kann im Rahmen dieses Vertrages nur die Person, die über das Amt im Rahmen einer entweder von ihr selbst oder von ihrem Arbeitgeber abgeschlossenen Versicherung gegen Arbeitsunfälle versichert ist.

ARTIKEL 3. - ANWENDBARKEIT DER BESTIMMUNGEN DER PERSÖNLICHEN ARBEITSUNFALLVERSICHERUNG

Für diesen Vertrag gelten die Bestimmungen der Artikel 2, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 und 19 der Arbeitsunfallversicherung. Der darin vorkommende Begriff „Arbeitsunfälle“ wird durch „Unfälle außerhalb des Dienstes“ ersetzt.

ARTIKEL 4. - ZUTEILUNG DES GESAMTEN ODER TEILWEISEN KAPITALWERTS DER LEIBRENTEN

Der Versicherte kann sich und seinen Leistungsberechtigten (mit Ausnahme von Waisen), die eine Leibrente beziehen, die Möglichkeit vorbehalten, den Kapitalwert der Rente ganz oder teilweise zu erhalten.

Für die Durchführung dieses Vertrages gelten die Bestimmungen von Artikel 11 Absätze 2 und 3 der Arbeitsunfallversicherung.

ARTIKEL 5. - AUSGESCHLOSSENE RISIKEN

Zusätzlich zu den Bestimmungen von Artikel 2 der Arbeitsunfallversicherung, sind nicht versichert:

1. Arbeitsunfälle und Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeit;
2. Unfälle, wenn die versicherte Person zum Wehrdienst einberufen oder zurückgerufen wird;
3. Unfälle, die durch Zweikämpfe, Raufereien und Schlägereien verursacht werden, es sei denn, der Versicherte befand sich in einem Zustand rechtmäßiger Notwehr; durch eine vorsätzliche Handlung des Versicherten oder wenn der Versicherte betrunken oder geistig verwirrt ist; durch weitreichende Rücksichtslosigkeit oder Leichtsinn, es sei denn, es handelt sich um die Rettung von Personen in Gefahr; durch eine vorsätzliche Handlung der Person, die sich möglicherweise auf die Versicherung berufen könnte, oder eine von ihr provozierte Handlung;
4. Folgen der Verweigerung der medizinischen Versorgung, der verspäteten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe oder der Nichteinhaltung ärztlicher Verordnungen; chirurgische Eingriffe und ihre Folgen, die nicht auf einen von der Versicherung gedeckten Unfall zurückzuführen sind;
5. Unfälle, die sich bei der Ausübung einer Sportart als Berufssportler ereignen;
6. Unfälle, die sich bei Rennen und Geschwindigkeitswettbewerben mit allen Verkehrsmitteln oder bei Übungen zu diesen Wettbewerben ereignen;

OVERSEAS KONTAKT

Frontline
02 509 90 99
overseas@rsz.fgov.be

ANSCHRIFT

Place Victor Horta 11
1060 Brüssel

7. Unfall bei der Ausübung einer gefährlichen Sportart (u. a.):

- Bobfahren
- Skifahren abseits der Pisten, Skispringen
- Eishockey
- Rugby, American Football
- Kampf- oder Verteidigungssportarten (Boxen, Wrestling, Freikampf in all seinen Varianten, Karate usw.)
- Besteigen von Bergen und Gletschern auf unbekanntem Wegen oder durch Erkundung
- Speläologische Expeditionen oder Unterwasserexpeditionen
- Rafting
- Jagd auf Raubtiere oder Großwild
- Reiten in den Bereichen Hindernisspringen, Hindernislauf, Dressurreiten
- Übungen als Balancekünstler oder Akrobat (diese sind versichert, wenn sie Teil eines Gymnastik- oder Fitnessprogramms sind).
- ...

ARTIKEL 6. - SONDERRISIKEN

Die sich aus den nachstehend beschriebenen Aktivitäten ergebenden Risiken gelten nur dann als versichert, wenn sie dem Amt gemeldet wurden und das Amt sie auch formell akzeptiert hat:

1. Tiefseetauchen. Der Versicherte muss dem Amt bis zum 1. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Jahr Folgendes melden: die Anzahl der von ihm durchgeführten Tiefseetauchgänge, die durchschnittlich erreichte Tiefe, die durchschnittliche Dauer und den Zeitraum, in dem er Tiefseetauchgänge durchgeführt hat. Dem Amt ist eine Bescheinigung einer anerkannten Organisation oder ein Zertifikat für Tiefseetaucher vorzulegen.
2. Nutzung von zweimotorigen Flugzeugen, leichten einmotorigen Flugzeugen, Hubschraubern, eines Ultraleichtflugzeugs, Segelflugzeugen und Gleitfliegern.
Fliegt der Versicherte ein Flugzeug, hat er dem Amt spätestens am 1. März eines jeden Jahres für das vergangene Jahr die Anzahl der durchgeführten Flüge (ein Flug = Start und Landung) zu melden.
3. Fallschirmspringen. Der Versicherte muss dem Amt spätestens am 1. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Jahr die Zahl der Fallschirmsprünge melden. Dem Amt ist eine Bescheinigung einer offiziellen Organisation dieser Disziplin vorzulegen.

ARTIKEL 7. - ZUSTIMMUNG DES VERSICHERTEN

Der Versicherte erklärt sich mit diesen Allgemeinen Bedingungen einverstanden, indem er seine Unterschrift am Ende der Sonderbedingungen dieses Vertrages leistet.

ARTIKEL 8. - VERSICHERUNGSFORMELN

Die Versicherungsformeln, die für Schäden infolge von Unfällen außerhalb des Dienstes zu verwenden sind, werden gemäß der Tabelle in Anhang 1 festgelegt.

ARTIKEL 9. - ZUSTÄNDIGE GERICHTE

Für die Entscheidung von Streitigkeiten, die sich aus der Anwendung dieses Vertrags ergeben, sind ausschließlich die Arbeitsgerichte Belgiens zuständig.