



**INFORMACIONES ADMINISTRATIVAS**  
**MEDDELELSER FRA ADMINISTRATIONEN**  
**VERWALTUNGSMITTEILUNGEN**  
**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**  
**ADMINISTRATIVE NOTICES**  
**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**  
**INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE**  
**MEDEDELINGEN VAN DE ADMINISTRATIE**  
**INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS**  
**HALLINNOLLISIA TIEDOTUKSIA**  
**ADMINISTRATIVA MEDDELANDEN**

**N° 906**

COMMISSION  
TOUS LIEUX D'AFFECTATION

**SOMMAIRE**

ES	Disposiciones generales de ejecución relativas a la cobertura de los riesgos de accidente del cónyuge, los hijos y demás personas a cargo de los funcionarios de las Comunidades Europeas destinados en un país tercero.....	3
DA	Almindelige gennemførelsesbestemmelser for dækning af ulykkesrisikoen for en EF-tjenestemands ægtefælle, børn og andre personer, over for hvem han har forsørgerpligt, dersom han gør tjeneste i et tredjeland.....	15
DE	Allgemeinen Durchführungsbestimmungen zur Sicherung des Ehegatten und der Kinder des in einem Drittland diensttuenden Beamten der Europäischen Gemeinschaften sowie der sonstigen unterhaltsberechtigten Personen gegen Unfälle.....	27
EL	Γενικών εκτελεστικών διατάξεων σχετικά με την κάλυψη των κινδύνων ατυχήματος του/της συζύγου, των τέκνων και των λοιπών συντηρούμενων προσώπων υπάλληλου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που είναι τοποθετημένος σε τρίτη χώρα .....	39
EN	General implementing provisions on insurance against the risk of accident for the spouse, children and other dependents of an official of the European Communities serving in a third country.....	51
FR	Dispositions générales d'exécution relatives à la couverture des risques d'accident du conjoint, des enfants et des autres personnes à charge du fonctionnaire des Communautés européennes affecté dans un pays tiers.....	63

IT	Disposizioni generali di esecuzione relative alla copertura dei rischi di infortunio del coniuge, dei figli e delle altre persone a carico del funzionario delle Comunità europee con sede di servizio in un paese terzo. . . . .	73
NL	Algemene uitvoeringsbepalingen betreffende de dekking van uit ongevallen voortvloeiende risico's van de echtgenoot, van de kinderen en van andere personen ten laste van de ambtenaar van de Europese Gemeenschappen die in een derde land is tewerkgesteld. ....	85
PT	Disposições gerais de execução relativas à cobertura dos riscos de acidente do cônjuge, dos filhos e das outras pessoas a cargo do funcionário das Comunidades Europeias colocado num país terceiro. ....	97
FI	Kolmanteen maahan komennuksella olevan Euroopan unionin virkamiehen puolison, lasten ja muiden huollettavien vakuutusturvaa koskevat yleiset täytäntöönpanomääräykset. ....	109
SV	Allmänna genomförandebestämmelser för olycksfallsförsäkringar för maka, barn samt andra underhållsberättigade till tjänstemän inom Europeiska gemenskaperna som tjänstgör i tredje land. ....	121

disposiciones generales de ejecución  
relativas a la cobertura de los riesgos de accidente del cónyuge, los hijos  
y demás personas a cargo de los funcionarios de las Comunidades Europeas  
destinados en un país tercero

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA, .

Visto el Anexo X del Estatuto de los funcionarios de las Comunidades Europeas, y en particular el párrafo tercero de su artículo 1,

Previa consulta al Comité de Personal,

Visto el dictamen del Comité del Estatuto,

Considerando que, para la aplicación del régimen de seguro de accidente establecido en el artículo 25 del Anexo X del Estatuto, que fija sus características fundamentales, se requiere la adopción de disposiciones generales de ejecución,

DECIDE:

CAPÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

1. En cumplimiento del artículo 25 del Anexo X del Estatuto de los funcionarios de las Comunidades Europeas, las presentes disposiciones generales de ejecución establecen las condiciones en las que estarán asegurados contra los accidentes ocurridos fuera de la Comunidad el cónyuge de un funcionario destinado en un país tercero, así como los hijos y demás personas a su cargo de conformidad con el apartado 2 y el apartado 4, respectivamente, del artículo 2 del Anexo VII del Estatuto.
2. Para la aplicación de las presentes disposiciones generales de ejecución, el asegurado podrá ser representado por la persona que designe a tal efecto o por cualquier otra persona que disponga de un poder legal o de un mandato convencional (delegación) de representación.

El seguro cubrirá los accidentes que ocurran fuera del territorio europeo de un Estado miembro de las Comunidades, o durante el trayecto desde el territorio europeo de un Estado miembro de las Comunidades hacia el país de destino del funcionario al que está vinculado el asegurado, o en sentido inverso.

Se considerará accidente todo acontecimiento o factor externo y repentino, violento o anormal que atente contra la integridad física o psíquica del asegurado.

Se considerará accidente, entre otros:

- el ahogamiento, el envenenamiento
- las infecciones, enfermedades y heridas y cualquier otra consecuencia de mordeduras de animales o picaduras de insectos
- las quemaduras
- los enfriamientos, congelaciones, insolaciones y cualquier otro efecto de la temperatura si fueran producto de un accidente
- las distorsiones, desgarros, roturas musculares y de tendones como resultado de un esfuerzo
- la desaparición inexplicada de un asegurado sí, transcurrido el plazo de un año y habiéndose examinado las circunstancias de la desaparición, se presume que el asegurado ha fallecido, a menos que se pueda presumir que el fallecimiento no haya tenido su origen en un accidente

No estarán cubiertos por el seguro los accidentes producto de:

- a) la participación voluntaria en riñas
- b) - actos notoriamente temerarios
  - la participación, con ayuda de aparatos motorizados, en competiciones deportivas, pruebas deportivas de velocidad y ensayos oficiales
  - la práctica de deportes considerados peligrosos tales como el boxeo, el karate, el paracaidismo, la espeleología, la pesca o exploración submarina con equipo respiratorio que incluya depósitos de alimentación de aire o de oxígeno
- c) la escalada, de paredes o agujas rocosas o de cumbres montañosas fuera de los pasos habituales, salvo estado de necesidad
- d) la navegación de recreo a más de cinco millas marinas de las costas
- e) la embriaguez o la utilización de estupefacientes no prescritos médicamente, salvo error
- f) la manipulación consciente de artefactos o municiones de guerra, salvo estado de necesidad.

1. No corresponderá el pago de las prestaciones mencionadas a continuación cuando el asegurado haya provocado de forma intencionada el accidente.

No corresponderá el pago de ninguna prestación al derechohabiente que haya provocado de forma intencionada el fallecimiento del asegurado.

2. Sin embargo, se considerarán como accidentes:

- las lesiones físicas o psíquicas sufridas en estado de necesidad o de legítima defensa o en caso de salvamento de personas y bienes
- las consecuencias de agresiones o de atentados cometidos en la persona del asegurado, incluso durante huelgas o tumultos, salvo si resulta probado que este asegurado intervino de forma voluntaria en las acciones violentas de las que fue víctima, excepto en caso de legítima defensa
- el suicidio inconsciente, la tentativa de suicidio inconsciente y las mutilaciones o heridas involuntarias.

Las prestaciones previstas por las presentes disposiciones generales de ejecución sólo se pagarán al beneficiario si éste o la persona que le represente consiente en que las Comunidades se subroguen en sus derechos y acciones contra los eventuales terceros responsables por el importe de dichas prestaciones.

Esta condición subrogatoria no se aplicará si el tercero responsable es el funcionario con el que se encuentra vinculado el asegurado, el cónyuge del funcionario, algún otro miembro de la familia del asegurado u otra persona que viva en su hogar, su empleado o el del funcionario con el que se encuentra vinculado el asegurado, o si el tercero responsable es a su vez funcionario o agente de las Comunidades. No obstante, las excepciones anteriormente mencionadas no se aplicarán en caso de falta intencionada del tercero responsable.

El funcionario y el asegurado deberán suministrar a la institución las informaciones y pruebas de las que dispongan con objeto de que dicha institución pueda, llegado el caso, plantear un recurso contra el tercero responsable, prestándole a este fin toda la ayuda necesaria. Para llegar a una avenencia y para concluir un arreglo amistoso con el tercero responsable por lo que respecta a la indemnización que le corresponda, se deberá obtener el consentimiento de la institución. De acuerdo con el artículo 25 del Estatuto, se deberá motivar toda denegación de consentimiento.

Cuando el asegurado entable una acción contra el responsable y la institución ejerza asimismo un recurso contra este *tercero* responsable, o cuando lleguen a una avenencia o a un arreglo amistoso con este tercero responsable, el asegurado gozará de un derecho de preferencia sobre los importes adeudados por el responsable conforme a dicho acuerdo, por el importe de la fracción de las sumas pagadas de hecho por este responsable y cuya suma a las prestaciones pagadas por las Comunidades con arreglo al artículo 25 del Anexo X del Estatuto sería necesaria, llegado el caso, para garantizar la reparación del perjuicio sufrido por el asegurado, conforme a lo estimado por la instancia apelada o a lo convenido amistosamente.

En caso de responsabilidad parcial del tercero, el porcentaje atribuido a su cargo determina la fracción de las prestaciones estatutarias que supone el importe de la subrogación.

La mitad de la prima necesaria para garantizar la cobertura correrá a cargo del funcionario y la otra mitad a cargo de la institución.

## CAPÍTULO II

### PRESTACIONES

#### Artículo 9

1. En la medida en que esos gastos no puedan ser cubiertos de conformidad con el artículo 72 del Estatuto, se efectuará un reembolso de todos los gastos que hayan sido necesarios para el restablecimiento lo más completo posible de la integridad física o psíquica del asegurado, para todas las curas y tratamientos necesitados como consecuencia de las lesiones sufridas y sus secuelas, y, si hubiera lugar, de los gastos necesarios para la readaptación funcional y profesional del asegurado.

No obstante, si la institución considera que ciertos gastos son excesivos o innecesarios, podrá, previo dictamen del médico o médicos por ella designados ("el médico de la institución") limitarlos al importe que considere razonable o, llegado el caso, denegar el reembolso.

La institución reembolsará los gastos mencionados en los párrafos anteriores con arreglo a las presentes disposiciones generales de ejecución.

2. La institución podrá conceder al asegurado, a petición de éste y previo dictamen del médico por ella designado, el reembolso de los gastos de viaje, cuando resulte necesario que el asegurado reciba tratamiento o pase su período de convalecencia o realice su cura en un país distinto del país de destino del funcionario-  
Dichos gastos de viaje se reembolsarán con arreglo al apartado 3 del artículo 24 del Anexo X del Estatuto (repatriación sanitaria).
3. En la medida en que estos gastos no se encuentren cubiertos con arreglo al artículo 75 del Estatuto, se efectuará el reembolso de los gastos necesarios para el transporte del cuerpo del asegurado fallecido desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar de origen.

#### Artículo 10

En caso de fallecimiento de un asegurado a causa de un accidente, la institución pagará el capital que determina el artículo 12 a la persona que el asegurado haya designado al efecto o, en su defecto, a los derechohabientes del asegurado en virtud de las disposiciones del Derecho de sucesión aplicable a la sucesión del asegurado.

Si, tras haber pagado a los derechohabientes este capital en su totalidad o en parte, en el caso previsto en el último guión del artículo 3, el asegurado reapareciese vivo, los derechohabientes deberán reembolsar todas las sumas percibidas. Se podrán conceder facilidades para dicho reembolso.

Si, tras el pago del capital previsto para los casos de invalidez permanente total o parcial, el asegurado falleciese a consecuencia del mismo accidente, sólo corresponderá el pago del capital mencionado en el presente artículo en la medida en que sea superior al capital pagado con motivo de la invalidez.

#### Artículo 11

En caso de invalidez permanente total del asegurado producida como consecuencia de un accidente, la institución le pagará el capital que determina el artículo 12.

#### Artículo 12

El importe del capital previsto en los artículos 10 y 11 se determinará en función del sueldo base anual del grado A5 escalón 4 ("la retribución"). En caso de fallecimiento, dicho capital corresponderá a una vez el importe de dicha retribución. En caso de invalidez permanente total, corresponderá a 1,25 veces el importe de dicha retribución.

#### Artículo 13

En caso de invalidez permanente parcial del asegurado producida como consecuencia de un accidente, el capital se determinará en función de los porcentajes previstos en el baremo de invalidez recogido en el Anexo de la Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de accidente y enfermedad profesional de los funcionarios de las Comunidades Europeas, como un porcentaje del capital previsto para la invalidez permanente total.



#### Artículo 14

A petición del asegurado, los pagos previstos en los artículos 10, 11 y 13 podrán ser sustituidos por una renta vitalicia.

Esta solicitud deberá presentarse en los tres meses siguientes a partir de la notificación del importe del capital previsto en los artículos 10, 11 y 13.

#### Artículo 15

Previo dictamen del médico de la institución o de la comisión médica citada en el artículo 23 ("la comisión médica"), se concederá una indemnización al asegurado por toda lesión o desfiguración permanente que constituya un atentado a la integridad física de la persona y cree un perjuicio real a sus relaciones sociales.

Esta indemnización se determinará por analogía con los porcentajes previstos en el baremo de invalidez mencionado en el artículo 13. Cuando los daños estéticos sean inherentes a una lesión anatómico-funcional, se concederá un aumento adecuado de dichos porcentajes.

#### Artículo 16

Cuando como consecuencia de un accidente, el asegurado se encuentre en un estado de incapacidad que no le permita prescindir de la ayuda constante de otra persona, la institución le *podrá conceder, previo* dictamen del médico de la institución o de la comisión médica, una indemnización mensual a tanto alzado.

La decisión por la que se concede esta indemnización será objeto de revisión en los plazos establecidos por la institución y como mínimo cada tres años.

### CAPÍTULO III

#### PROCEDIMIENTO

#### Artículo 17

- En caso de accidente de un asegurado, el funcionario remitirá a la institución la declaración del asegurado relativa a las circunstancias del accidente.

En caso de que el asegurado se viese en la imposibilidad de declarar el accidente, esta declaración podrá ser hecha por cualquier miembro de su familia o cualquier otra persona que haya tenido conocimiento del accidente.

La declaración de accidente deberá indicar de manera detallada el día y la hora, las causas y circunstancias del accidente, así como los nombres de los testigos y del eventual tercero responsable. Se adjuntará un certificado médico que especifique la naturaleza de las lesiones y las probables consecuencias del accidente.

2. Salvo caso de fuerza mayor o por cualquier otro motivo legítimo, la declaración se deberá realizar en los treinta días laborables siguientes a la fecha en que tuvo lugar el accidente.
3. La institución podrá abrir una investigación.

#### Artículo 18

La institución podrá solicitar cualquier dictamen médico que estime necesario para la aplicación de las presentes disposiciones generales de ejecución.

#### Artículo 19

Las decisiones relativas al reconocimiento del origen accidental de un acontecimiento así como a la determinación del grado de invalidez permanente, serán adoptadas por la institución con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 21:

- basándose en las conclusiones emitidas por el médico de la institución y
- si el asegurado lo solicita, previa consulta de la comisión médica prevista en el artículo 23.

#### Artículo 20

La decisión por la que se establece el grado de invalidez se producirá una vez se hayan estabilizado las lesiones del asegurado. Para ello, deberá transmitirse a la institución un informe médico en el que se haga constar la curación o la estabilización del estado del asegurado, especificando la naturaleza de sus lesiones.

Cuando, una vez finalizado el tratamiento médico, no se pueda todavía determinar definitivamente el grado de invalidez, el dictamen del médico o, en su caso, el informe de la comisión médica deberá especificar la fecha límite en la que se deberá reexaminar el expediente del asegurado.

Si se considera que el grado de invalidez asciende como mínimo al 20%, la institución otorgará una indemnización provisional correspondiente a la parte incontestable del porcentaje de invalidez permanente. Esta indemnización se imputará a las prestaciones definitivas.

#### Artículo 21

Antes de adoptar una decisión con arreglo al artículo 19, la institución notificará al asegurado el proyecto de decisión, junto con las conclusiones del médico de la institución. El asegurado podrá solicitar que se transmita el informe médico completo al médico de su elección.

El asegurado también podrá, en un plazo de sesenta días hábiles, solicitar el dictamen de la comisión médica.

Si, transcurrido este plazo, no se ha presentado ninguna solicitud de consulta de la comisión médica, la institución adoptará la decisión conforme al proyecto notificado.

## Artículo 22

El agravamiento de las lesiones o de la invalidez podrá ser objeto en cualquier momento, por parte del asegurado, de una declaración que deberá llevar adjunto un informe del médico responsable del tratamiento.

Si el médico de la institución reconoce la existencia de dicho agravamiento, la institución adoptará una decisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 19 y 21.

## Artículo 23

1. La comisión médica estará compuesta por tres médicos designados:
  - el primero, por la institución
  - el segundo, por el asegurado
  - el tercero, de común acuerdo entre los dos primeros médicos.

A falta de acuerdo para la designación del tercer médico, y en un plazo de 90 días a partir de la designación del segundo médico, el presidente del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, a iniciativa de una de las partes, nombrará de oficio al tercer médico.

Al concluir sus trabajos, la comisión médica hará constar sus conclusiones en un informe que estará dirigido a la institución y al asegurado.

2. Los gastos de trabajo de la comisión médica correrán a cuenta de la institución. La comisión médica se reunirá por regla general en la sede de la institución, cuando el proyecto de decisión a que se refiere, el artículo 21 fije el grado de invalidez en un porcentaje inferior al 7%.

Si el proyecto de decisión a que se refiere el artículo 21 fijara un grado de invalidez del 7% o superior a éste, la comisión médica se reunirá en un lugar que decidirán los médicos teniendo en cuenta la posible necesidad de efectuar *un* reconocimiento médico del asegurado.

En caso de que el dictamen de la comisión médica se ajuste al proyecto de decisión a que se refiere el artículo 21, el asegurado deberá hacerse cargo de los honorarios y gastos accesorios del médico que eligió y de la mitad de los honorarios y gastos accesorios del tercer médico, y la institución se hará cargo del resto de los gastos.

Sin embargo, correrán en cualquier caso a cargo de la institución los gastos de transporte de los médicos y del asegurado, en clase turista en avión o en primera clase en tren, cuando el eventual reconocimiento médico no pueda ser aplazado a su vuelta normal a Europa. Podrán reembolsarse, en caso necesario y previo dictamen del médico de la institución, los gastos de transporte de un adulto para que acompañe al asegurado. Por otra parte, en casos excepcionales y por decisión especial de la institución adoptada previo dictamen del médico de la institución, todos los gastos mencionados en los párrafos anteriores podrán correr a cargo de la institución.

## Artículo 24

1. En todos los casos distintos de los mencionados en el artículo 19, cuando se deba tomar una decisión previo dictamen del médico designado por la institución, ésta, antes de adoptar la decisión, notificará el proyecto al asegurado, junto con las conclusiones del médico de la institución. El asegurado podrá, en un plazo de sesenta días laborables, solicitar la consulta de otro médico, que se elegirá de común acuerdo por el médico de la institución y por el designado por el asegurado. Si, transcurrido este plazo, no se ha presentado ninguna solicitud de consulta, dicha institución adoptará la decisión conforme al proyecto notificado.

El dictamen emitido por el médico elegido de común acuerdo se transmitirá a la institución y al asegurado.

2. Los gastos de consulta del médico elegido de común acuerdo correrán a cargo de la institución.

No obstante, cuando el dictamen emitido por este médico se ajuste al proyecto de decisión de la institución, el asegurado se hará cargo de los honorarios y gastos accesorios resultantes de dicha consulta.

## CAPÍTULO IV

### LIQUIDACIÓN DE LOS DERECHOS Y PAGO DE LAS PRESTACIONES

## Artículo 25

La liquidación de los derechos que resulten de las presentes disposiciones generales de ejecución corresponderá a la institución, que deberá efectuarla en el plazo más breve posible.

El desglose de esta liquidación se notificará al asegurado o a sus derechohabientes.

## Artículo 26

1. Las indemnizaciones citadas en los artículos 10, 11 y 13, así como la renta vitalicia prevista en el artículo 14, se pagarán, a elección del beneficiario, bien en la moneda del país del que es nacional, bien en la moneda de su país de residencia, bien en la moneda de la sede de la institución.

En caso de que ninguno de los dos primeros países sea un Estado miembro de la Comunidad, las prestaciones se pagarán en la moneda del país de la sede de la institución antes mencionada.

2. La indemnización pagada en una moneda distinta del franco belga se calculará en base al tipo contable de la Comisión vigente el día de la decisión.

CAPÍTULO V  
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 27

Las decisiones adoptadas en aplicación de las presentes disposiciones generales de ejecución podrán ser objeto de una reclamación por parte del asegurado o el funcionario que lo represente, o de cualquier derechohabiente a las prestaciones distinto del asegurado, en virtud del artículo 90 del Estatuto, y de un recurso ante el Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas en las condiciones previstas en los Tratados constitutivos de la Comunidades y en el artículo 91 del Estatuto.

Artículo 28

La aplicación de las presentes disposiciones generales de ejecución será objeto de una revisión periódica por parte del Comité del Estatuto.

Artículo 29

La presente Decisión surtirá efectos el 1 de enero de 1995.

Hecho en Bruselas, el

Por el Consejo  
El Presidente

almindelige gennemførelsesbestemmelser for dækning af ulykkesrisikoen for en EF-tjenestemands ægtefælle, børn og andre personer, over for hvem han har forsørgerpligt, dersom han gør tjeneste i et tredjeland

RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION HAR -

under henvisning til bilag X til vedtægten for tjenestemænd ved De Europæiske Fællesskaber, særlig artikel 1, stk. 3,

efter høring af Personaleudvalget,

under henvisning til udtalelse fra Vedtægtsudvalget, og

ud fra følgende betragtning:

gennemførelsen af ordningen vedrørende ulykkesforsikring, der er indført ved artikel 25 i bilag X til vedtægten, som fastsætter dens vigtigste karakteristika, gør det nødvendigt at vedtage almindelige gennemførelsesbestemmelser -

TRUFFET FØLGENDE AFGØRELSE:

## KAPITEL I

### ALMINDELIGE GENNEMFØRELSESBESTEMMELSER

#### Artikel 1

1. Disse gennemførelsesbestemmelser fastsætter, i medfzr af artikel 25 i bilag X til vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber, de vilkår, i hvilke ægtefællen til en tjenestemand, der gør tjeneste i' et tredjeland, tjenestemandens børn og andre personer, over for hvem han har forsørgerpligt, jf. henholdsvis artikel 2, stk. 2, og artikel 2, stk. 4, i bilag VII til vedtægten, er forsikrede mod ulykker, der indtræffer uden for Fællesskabet.'

2. Ved anvendelsen af disse almindelige gennemførelsesbestemmelser kan den sikrede lade sig repræsentere af en person, han udpeger med henblik herpå, eller af en anden person, der har juridisk bemyndigelse eller kontraktligt mandat (fuldmagt) til at repræsentere ham.

#### Artikel 2

Forsikringen dækker ulykker, der indtræffer uden for en medlemsstats europæiske område eller i løbet af en rejse fra en medlemsstats europæiske område til det land, hvor den tjenestemand, som den sikrede har tilknytning til, gør tjeneste, eller omvendt.

### Artikel 3

Som ulykke anses enhver udefra kommende, pludselig indtrædende, voldelig eller unormal begivenhed eller-faktor, som Jaar skadet den sikrede fysisk eller psykisk.

Som ulykker skal blandt andet anses:

- drukning, forgiftning<sup>1</sup>;
- infektioner, sygdomme og sår samt enhver anden følge af dyrebid eller insektstik;
- forbrændinger;
- forfrysninger af leddene eller sværere grad, solstik og hedeslag samt enhver anden kulde- eller varmpåvirkning, såfremt den er følge af en ulykke;
- forvridninger, læsioner, sprængning af muskler og sener, som følge af legemlig anstrengelse;
- den sikredes uopklarede forsvinden, såfremt han efter et års forløb og efter en undersøgelse af omstændighederne ved hans forsvinden må antages at være død, medmindre det må antages, at hans død ikke skyldes en ulykke.

### artikel 4

De ulykker, som hidrører fra nedennævnte årsager, er ikke dækket:

- a) frivillig deltagelse i slagsmål;
- b) - åbenlyst dumdristige handlinger;
  - deltagelse i sportskonkurrencer, hastighedsforsøg og officielle prøver med motordrevne indretninger;
  - sportsudøvelse, som er notorisk farlig, såsom boksning, karate, faldskærmsudspring, huleforskning og undervandsfiskeri eller -forskning ved hjælp af åndedæksudstyr med beholdere til luft- eller iltforsyning.
- c) bestigning af klippevægge eller -spidser eller bjergtoppe uden for banede stier, bortset fra nødsituationer;
- d) lystsejls mere end fem sømil fra kysten;
- e) beruselse eller brug af narkotika, som ikke er lægeligt foreskrevet, medmindre det er sket som følge af fejltagelse;
- f) forsætlig betjening af krigsredskaber eller -ammunition, bortset fra nødsituationer.



## Artikel 5

1. Den sikrede, der forsætligt har fremkaldt en ulykke, har intet krav på nedenstående ydelser.

Den ydelsesberettigede, der forsætligt har fremkaldt den sikredes død, har ikke krav på nogen ydelse.

2. Dog regnes følgende tilfælde som ulykker:

- fysiske eller psykiske læsioner, pådraget i nødsituationer som følge af nødværge eller under redning af personer eller gods;
- følger af angreb eller overfald på den sikredes person, selv under strejker eller uroligheder; dette gælder dog - bortset fra tilfælde af nødværge - ikke, hvor det kan bevises, at den sikrede frivilligt har deltaget i de voldshandlinger, som han har været offer for;
- uagtsomt selvmord eller forsøg herpå samt ufrivillige lemlæstelser eller sår.

## Artikel 6

De ydelser, som er hjemlet i disse almindelige gennemførelsesbestemmelser, udbetales kun til den ydelsesberettigede, såfremt denne eller den person, der repræsenterer ham, lader Fællesskaberne indtræde i sine rettigheder og søgsmål mod en eventuelt ansvarlig tredjemand med et beløb, der svarer til disse ydelsers størrelse.

Ovennævnte subrogationsbetingelse finder ikke anvendelse, såfremt den ansvarlige tredjemand er den tjenestemand, som den sikrede har tilknytning til, eller tjenestemandens ægtefælle, et andet familiedlem eller en anden, som er medlem af hans husstand eller er i hans tjeneste eller er i tjeneste hos den tjenestemand, som den sikrede har tilknytning til, eller hvis den ansvarlige tredjemand selv er tjenestemand eller anden ansat i Fællesskaberne. Ovennævnte undtagelser gælder dog ikke i tilfælde af forsæt hos nævnte ansvarlige tredjemand.

Tjenestemanden og den sikrede skal forsyne institutionen med de oplysninger og beviser, som de råder over, for at denne i påkommende tilfælde kan gøre sine rettigheder gældende mod den ansvarlige tredjemand, samt yde institutionen den nødvendige bistand hertil. Institutionens godkendelse skal indhentes, inden der indgås en mindelig ordning eller sluttes forlig med én ansvarlig tredjemand for så vidt angår den erstatning, der påhviler denne. I overensstemmelse med artikel 25 i vedtægten skal nægtelse af godkendelsen begrundes.

## Artikel 7

Såfremt den sikrede indleder søgsmål, mod den ansvarlige, og institutionen ligeledes anlægger sag mod den ansvarlige tredjemand, eller hvis de søger en mindelig ordning eller forlig med nævnte ansvarlige tredjemand, har den sikrede fortrinsret til de beløb, som den ansvarlige tredjemand herved bliver forpligtet til at betale, i det omfang disse beløb rent faktisk betales af den ansvarlige tredjemand samt i det omfang det eventuelt kan være nødvendigt at supplere de af Fællesskaberne i henhold til artikel 25 i bilag X til vedtægten udbetalte ydelser for at sikre den sikrede erstatning for den lidte skade, som fastsat af den pågældende retsinstant, eller hvorom der er sluttet forlig.

I tilfælde af tredjemands delvise ansvar bestemmes den del af de vedtægtsmæssige ydelser, hvori der skal ske subrogation, ved den grad af ansvar, som tredjemand er forpligtet til at bære.

## Artikel 8

Halvdelen af den præmie, der er nødvendig for at sikre dækningen, betales af tjenestemanden, mens den anden halvdel betales af institutionen.

## KAPITEL II.

### YDELSER

## Artikel 9

1. Såfremt disse" udgifter ikke kan overtages i overensstemmelse med vedtægtens artikel 72, godtgøres enhver udgift, som har været nødvendig til i videst muligt omfang at retablere den sikredes fysiske eller psykiske tilstand samt til enhver pleje og behandling, som er nødvendiggjort ved følgerne af de påførte læsioner og disses symptomer samt eventuelle nødvendige udgifter til den sikredes funktionelle og faglige revalidering.

Såfremt institutionen finder, at visse udgifter er for høje eller unødvendige, kan den efter udtalelse fra den eller de af den udpegede læge(r) ("institutionens læge"), nedsætte dem til et rimeligt beløb eller i påkommende tilfælde nægte at godtgøre dem.

De i foregående afsnit nævnte udgifter godtgøres i henhold til disse almindelige gennemførelsesbestemmelser af institutionen.

2. Institutionen kan efter den sikredes begæring og efter udtalelse fra den af institutionen udpegede lsgge yde godtgørelse for rejseudgifter, såfremt det viser sig nødvendigt, at den sikrede behandles, tilbringer sin rekonvalescensperiode eller tager kurophold i et andet land end det land, hvor tjenestemanden gar tjeneste.

Disse rejseudgifter godtgøres i henhold til artikel 24, stk. 3, i bilag X til vedtægten (hjemsendelse af lægelige årsager).

3. Såfremt disse udgifter ikke overtages i medfør af vedtægtens artikel 75, godtgøres de udgifter, der er nødvendige til transporten af den afdødes legeme fra det sted, han afgik ved døden, til hjemlandet.

I tilfælde af den sikredes død som følge af en ulykke udbetaler institutionen det i artikel 12 fastsatte engangsbeløb til den person, som den sikrede har udpeget med henblik herpå, eller, hvis en sådan ikke er udpeget, til den sikredes ydelsesberettigede i overensstemmelse med de arveretlige regler, der gælder for den sikredes arv.

Såfremt den sikrede genfindes i live i det i artikel 3, sidste led, nævnte tilfælde, efter at der er foretaget udbetaling til de ydelsesberettigede af hele engangsbeløbet eller af en del deraf, skal alle udbetalte beløb tilbagebetales af de ydelsesberettigede. Der kan fastsættes lempelige vilkår herfor.

Såfremt den sikrede dør af .følgerne af samme ulykke, efter at der er sket udbetaling af engangsbeløbet på grund af den sikredes vedvarende totale eller delvise invaliditet, forfalder det i nærværende artikel nævnte engangsbeløb alene til betaling, for så vidt det overskrider det engangsbeløb, der allerede er udbetalt på grund af invaliditet.

#### Artikel 11

I tilfælde af den sikredes vedvarende, totale invaliditet som følge af en ulykke udbetaler institutionen ham det i vedtægtens artikel 12 fastsatte engangsbeløb.

#### Artikel 12

Størrelsen af det i artikel 10 og 11 fastsatte engangsbeløb fastsættes i forhold til den årlige grundløn for lønklasse A5, løntrin 4 ("lønnen"). I tilfælde af den sikredes død svarer dette engangsbeløb til én gang denne løn. I tilfælde af vedvarende, total invaliditet svarer den til 1,25 gange denne løn.

#### Artikel 13

I tilfælde af den sikredes vedvarende, delvise invaliditet som følge af en ulykke udbetales der ham et engangsbeløb, som beregnes på grundlag af de satser, som er fastsat i invaliditetstabellen i bilaget til ordningen om dækning af risikoen for ulykker og erhvervs sygdomme hos tjenestemænd ved De Europæiske Fællesskaber, som en procentdel af det engangsbeløb, der er fastsat for vedvarende, total invaliditet.

#### Artikel 14

På begæring fra den sikrede kan de i artikel 10, 11 og 13, anførte ydelser erstattes med en livrente.

Denne begæring skal fremsættes inden tre måneder efter meddelelse om størrelsen af det engangsbetøb, der er fastsat i artikel 10, 11 eller 13.

#### Artikel 15 .

Efter udtalelse fra institutionens læge eller det i artikel 23 nævnte lægeudvalg ("lægeudvalget") ydes der erstatning til den sikrede for enhver varig beskadigelse eller misdannelse, der skader hans fysiske integritet og forvolder faktisk skade på hans forhold til omverdenen.

Denne erstatning beregnes ved en analog anvendelse af satserne i de. i artikel 13 nævnte invaliditetstabeller. Såfremt de æstetiske skader er forbundet med en anatomisk-funktionel beskadigelse, forhøjes nævnte satser i passende omfang.

#### Artikel.16

Kår den sikrede som følge af en ulykke befinder sig i en sådan tilstand af hjælpeløshed, at han ikke kan undvære konstant hjælp fra andre, kan institutionen efter udtalelse fra institutionens læge eller lægeudvalget tilkende ham en fast månedlig ydelse.

Beslutningen om ydelse af nævnte godtgørelse tages op til fornyet overvejelse med de af institutionen fastsatte mellemrum og mindst hvert tredje år.

### KAPITEL III

#### PROCEDURE

#### Artikel 17

1. J tilfælde af, at den sikrede udsættes for en ulykke, skal tjenestemanden anmelde de nærmere omstændigheder herved til institutionen.

I tilfælde hvor det er umuligt for den sikrede at anmelde ulykken, kan et familiemedlem eller enhver anden med kendskab hertil foretage anmeldelsen.

Ulykkesanmeldelsen skal detaljeret oplyse dato og tidspunkt for, årsager til og de nærmere omstændigheder ved ulykken samt eventuelt navnene på vidner og ansvarlige tredjemænd. Den skal vedlægges en lægeerklæring, som angiver kvæstelsernes art og de sandsynlige følger af ulykken.

2. Ovennævnte anmeldelse skal, bortset fra force majeure eller anden lovlig grund, udfærdiges senest 30 arbejdsdage efter ulykkesdagen.

3. Institutionen kan iværksætte en undersøgelse.

#### Artikel 18

Institutionen kan anmode om enhver lægeundersøgelse, som er nødvendig for anvendelse af disse almindelige gennemførelsesbestemmelser.

#### Artikel 19

Institutionen træffer i henhold til den i artikel 21 fastsatte procedure afgørelse om anerkendelse af en begivenheds karakter af ulykke, samt om fastsættelse af graden af vedvarende invaliditet, - på grundlag af de konklusioner, som er afgivet af institutionens læge, og  
- hvis den sikrede anmoder herom, efter høring af det i artikel 23 fastsatte lægeudvalg.

#### Artikel 20

Afgørelse om fastsættelse af den sikredes invaliditetsgrad træffes, efter at hans læsioner er konsolideret. Der indgives 5ned henblik herpå en helbredserklæring til institutionen, hvori det fastslås, om den sikrede er helbredt eller om hans tilstand er konsolideret under angivelse af læsionernes art.

Såfremt invaliditetsgraden efter lægebehandlingens, ophør endnu ikke kan bestemmes endeligt, skal erklæringen fra lægen, eller i påkommende tilfælde erklæringen fra lægeudvalget, angive den dato, hvor den sikredes akter skal undersøges på ny.

Når invaliditetsgraden må forventes sat til mindst 20%, yder institutionen en foreløbig erstatning, svarende til den brøkdel af den vedvarende invaliditetsgrad, som ikke omtvistes. Nævnte erstatning modregnes i de endelige ydelser.

#### Artikel 21

Institutionen giver, inden den træffer afgørelse i henhold til artikel 19, meddelelse til den sikrede om udkastet til nævnte afgørelse, ledsaget af de konklusioner, som er afgivet af institutionens læge. Den sikrede kan anmode om, at hele lægerapporten oversendes til en af ham valgt læge.

Den sikrede kan inden for 60 arbejdsdage anmode om, at lægeudvalget afgiver udtalelse.

Såfremt der ved nævnte frists udløb ikke er indgivet anmodning om høring af lægeudvalget, træffer institutionen afgørelse i overensstemmelse med det meddelte udkast hertil.

## Artikel 22

En forværring af læsionerne eller af invaliditeten kan fra den sikredes side til enhver tid gøres til genstand for en anmeldelse, som ledsages af den behandlende læges erklæring.

Såfremt institutionens læge anerkender den indtrufne forværring, træffer institutionen afgørelse i henhold til fremgangsmåden i artikel 19 og 21.

## Artikel 23

1. Lægeudvalget består af tre læger, der udpeges:

- den første, af institutionen;
- den anden, af den sikrede;
- den tredje, af disse to læger i fællesskab.

Såfremt der ikke inden for en frist på 90 dage efter udpegelsen af den anden læge kan opnås enighed om at udpege den tredje læge, udpeger præsidenten for De Europæiske Fællesskabers Domstol denne på embeds vegne efter begæring af en af parterne.

Lægeudvalget anfører efter arbejdets afslutning sine konklusioner i en rapport, som tilsendes institutionen og den sikrede.

2. Udgifterne til lægeudvalgets arbejde afholdes af institutionen. Lægeudvalget holder normalt møde i institutionens sæde, når udkastet til den afgørelse, der er fastsat i artikel 21, fastsætter en invaliditetsgrad på under 7%.

Såfremt det udkast til afgørelse, der er fastsat i artikel 21, fastsætter en invaliditetsgrad på 7% eller derover, holder lægeudvalget møde på et sted, der beslutes af lægerne under hensyn til, at det eventuelt er nødvendigt at lade den sikrede underkaste en lægeundersøgelse.

Såfremt lægeudvalgets udtalelse er i overensstemmelse med det udkast til afgørelse, der er fastsat i artikel 21, skal den sikrede afholde honorarerne og de øvrige udgifter til den læge, som lian har valgt, samt halvdelen af honorarerne og de øvrige udgifter til den tredje læge, mens de øvrige omkostninger afholdes af institutionen.

Institutionen afholder imidlertid befodringsudgifter på økonomi-klasse med fly eller på første klasse med tog, for lægerne og den sikrede, hvis den eventuelle lægeundersøgelse ikke kan vente, til den sikrede er rejst tilbage til Europa på normal vis. Befodringsudgifterne for en voksen, der ledsager den sikrede, kan om fornødent godtgøres efter udtalelse fra institutionens læge. De i de foregående afsnit nævnte udgifter kan endvidere afholdes af institutionen i særlige tilfælde og ved særlig afgørelse efter udtalelse fra institutionens læge.

#### Artikel 24

1. Når der, bortset fra de i artikel 19 nævnte tilfælde, skal træffes afgørelse ifølge en udtalelse, afgivet af den af institutionen udpegede læge, giver nævnte institution forud for denne afgørelse meddelelse om udkastet hertil til den sikrede, ledsaget af institutionens læges konklusioner. Den sikrede kan inden 60 arbejdsdage anmode om, at der rettes henvendelse til en anden læge, som vælges i fællesskab af institutionens læge og af den læge, som den sikrede har udpeget. Hvis der ved udløbet af nævnte frist ikke er indgivet en sådan anmodning, træffer institutionen afgørelse i overensstemmelse med det meddelte udkast.

Udtalelsen fra den i fællesskab udpegede læge tilsendes institutionen og den sikrede.

2. Udgifterne ved henvendelse til den læge, som er udpeget i fællesskab, afholdes af institutionen.

Såfremt den af denne læge afgivne udtalelse er i overensstemmelse med institutionens udkast til afgørelse, afholder den sikrede dog selv honorarerne og de øvrige udgifter, som nævnte henvendelse har medført.

#### KAPITEL IV

#### KRAVENES OPGØRELSE OG YDELSERNES UDBETALING

#### Artikel 25

Det påhviler institutionen så hurtigt som muligt at foretage en opgørelse af de krav, som kan rejses på grundlag af disse almindelige gennemførelsesbestemmelser.

Den specificerede opgørelse tilsendes den sikrede eller hans ydelsesberettigede pårørende.

#### Artikel 26

1. De i artikel 10, 11 og 13 omhandlede erstatninger samt den i artikel 14 fastsatte livrente udbetales efter modtagerens valg i hjemlandets valuta, i det lands valuta, hvor han har sit sædvanlige opholdssted eller i det lands valuta, hvor institutionen har sæde.

I tilfælde af, at hverken hjemlandet eller opholdslandet er en medlemsstat, skal ydelserne udbetales i det lands valuta, hvor ovennævnte institution har sæde.

2. Når erstatningen udbetales i en anden valuta end belgiske francs, beregnes den på grundlag af Kommissionens regnskabskurs, der var gældende på dagen for afgørelsen.

## KAPITEL V

### AFSLUTTENDE BESTEMMELSER

#### Artikel 27

De afgørelser, der træffes i medfør af disse almindelige gennemførelsesbestemmelser, kan i overensstemmelse med vedtægtens artikel 90 gøres til genstand for en klage fra den sikrede eller fra den tjenestemand, der repræsenterer ham, eller fra enhver anden ydelsesberettiget end den sikrede og for sagsanlæg ved De Europæiske Fællesskabers Ret i Første Instans på de betingelser, der er fastsat i traktaterne om oprettelse af Fællesskaberne samt i vedtægtens artikel 91.

#### Artikel 28

Anvendelsen af disse almindelige gennemførelsesbestemmelser skal regelmæssigt forhandles i Vedtægtsudvalget.

#### Artikel 29

Denne afgørelse træder i kraft den 1. januar 1995.

Udfærdiget i Bruxelles, den

På Rådets vegne

Formand



allgemeinen Durchführungsbestimmungen  
zur Sicherung des Ehegatten und der Kinder  
des in einem Drittland diensttuenden Beamten der Europäischen Gemeinschaften  
sowie der sonstigen unterhaltsberechtigten Personen gegen Unfälle

**DER EUROPÄISCHE KOMMISSION**

gestützt auf Anhang X des Statuts der Beamten der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere auf Artikel 1 Absatz 3.

nach Anhörung der Personalvertretung,

nach Stellungnahme des Statutsbeirats,

in der Erwägung, daß die Durchführung der Regelung zur Sicherung bei Unfällen, die in Anhang X Artikel 25 des Statuts vorgesehen ist und deren wichtigste Merkmale in diesem Artikel festgelegt sind, den Erlaß allgemeiner Durchführungsbestimmungen erforderlich macht -

BESCHLIESST:

## KAPITEL 1

### ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

(1) In Durchführung von Anhang X Artikel 25 des Statuts der Beamten der Europäischen Gemeinschaften werden in diesen Durchführungsbestimmungen die Voraussetzungen festgelegt, unter denen der Ehegatte eines in einem Drittland diensttuenden Beamten, seine unterhaltsberechtigten Kinder sowie die sonstigen unterhaltsberechtigten Personen im Sinne des Anhangs VII Artikel 2 Absatz 2 bzw. Absatz 4 des Statuts gegen Unfälle in Ländern außerhalb der Gemeinschaft versichert sind.

(2) Zur Anwendung dieser allgemeinen Durchführungsbestimmungen kann der Versicherte durch die von ihm zu diesem Zweck bezeichnete Person oder durch jede andere Person vertreten werden, die über eine gesetzliche oder vertragliche Vertretungsvollmacht verfügt.

Die Sicherung erstreckt sich auf Unfälle, die der Versicherte außerhalb des europäischen Hoheitsgebiets eines Mitgliedstaats der Gemeinschaften oder während der Reise vom europäischen Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats der Gemeinschaften nach dem Land der dienstlichen Verwendung des Beamten, durch den er mitangeschlossen ist, oder während der Reise in umgekehrter Richtung erleidet.

### Artikel 3

Unfall ist jedes auf äußerer Einwirkung beruhende plötzliche oder gewaltsame oder außergewöhnliche Ereignis, das eine Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Unversehrtheit des Versicherten zur Folge hat.

Als Unfälle gelten insbesondere:

Ertrinken; Vergiftungen;

Infektionen, Verletzungen und sonstige Erkrankungen infolge von Tierbissen oder Insektenstichen;

Verbrennungen;

Erkältungskrankheiten, Erfrierungen, Hitzschlag und sonstige Temperatureinwirkungen, sofern sie die Folge eines Unfalls sind;

Verrenkungen, Zerreißen sowie Muskel- und Sehnenrisse, sofern sie die Folge einer Kraftanstrengung sind;

Verschollenheit des Versicherten, sofern ein Jahr verstrichen ist und nach Prüfung der Umstände der Verschollenheit die Vermutung begründet ist, daß der Versicherte verstorben ist, es sei denn, es besteht Grund zu der Annahme, daß der Tod nicht auf einem Unfall beruht.

### Artikel 4

Von der Sicherung ausgeschlossen sind Unfälle infolge

- a) freiwilliger Beteiligung an Raufhändeln;
- b) - offensichtlich waghalsiger Handlungen;  
der Teilnahme mit Fahrzeugen, die durch Maschinenkraft bewegt werden, an sportlichen Rennen und Wettbewerben oder an offiziellen Versuchen;  
der Ausübung als gefährlich geltender Sportarten wie Boxen, Karate, Fallschirmspringen, Höhlenforschung, Unterwasserfischerei oder Forschung unter Verwendung von Atemgeräten mit Luft- oder Sauerstoffbehältern;
- c) des Ersteigens von Felswänden, Bergspitzen und -gipfeln ohne zwingenden Grund außerhalb der hergerichteten Wege;
- d) von Vergnügungsfahrten mit Booten oder Schiffen in einer Entfernung von mehr als fünf Seemeilen von der Küste;
- e) Trunkenheit oder Verwendung nicht ärztlich verschriebener Betäubungsmittel, es sei denn, sie beruht auf einem Irrtum;
- f) bewußten Umganges mit Kriegsgerät oder -munition ohne zwingenden Grund.

(1) Ein Anspruch auf die nachstehend genannten Leistungen besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat.

Eine Leistungspflicht besteht nicht gegenüber demjenigen sonstigen Anspruchsberechtigten, der den Tod des Versicherten vorsätzlich herbeigeführt hat.

(2) Als Unfälle gelten jedoch

körperliche oder seelische Schädigungen infolge von Notstands- oder Notwehrhandlungen oder Maßnahmen zur Abwendung von Gefahren für Leib und Gut;

die Folgen von Angriffen und Anschlägen auf die Person des Versicherten, auch wenn diese bei Streiks oder Aufruhr unternommen werden, es sei denn, der Versicherte hat sich an den Gewalttätigkeiten, deren Opfer er geworden ist, nachweislich aus freien Stücken beteiligt, ohne sich in Notwehr zu befinden;

die Selbsttötung und der Versuch zur Selbsttötung, wenn sie im Zustand einer die freie Willensbestimmung ausschließenden Bewußtseinsstörung begangen werden, sowie nicht vorsätzliche Selbstverstümmelungen und -Verletzungen.

#### Artikel 6

Der Anspruchsberechtigte hat auf die in diesen allgemeinen Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Leistungen nur dann Anspruch, wenn er oder die ihn vertretende Person in Höhe des Betrags dieser Leistungen sämtliche Ansprüche gegen etwaige ersatzpflichtige Dritte an die Gemeinschaften abtritt.

Eine Pflicht zur Abtretung besteht nicht, falls der ersatzpflichtige Dritte der Beamte, durch den der Versicherte mit eingeschlossen ist, der Ehegatte dieses Beamten, ein anderes Mitglied der Familie des Versicherten, eine andere mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebende Person, eine an Weisungen des Versicherten gebundene Person oder eine an Weisungen desjenigen Beamten gebundene Person ist, durch den der Versicherte mit eingeschlossen ist, oder falls dieser ersatzpflichtige Dritte selbst Beamter oder sonstiger Bediensteter der Gemeinschaften ist. Diese Ausnahmen gelten jedoch nicht, wenn dieser Dritte vorsätzlich gehandelt hat.

Der Beamte und der Versicherte haben dem Organ zur etwaigen Erhebung einer Klage gegen den ersatzpflichtigen Dritten alle ihnen zur Verfügung stehenden Auskünfte und Beweismittel zu liefern sowie jede erforderliche Hilfe zu leisten. Für eine gütliche Einigung oder einen Vergleich mit dem ersatzpflichtigen Dritten hinsichtlich dessen Schadenersatzleistung bedarf es der Zustimmung des Organs. Eine Verweigerung der Zustimmung ist gemäß Artikel 25 des Statuts zu begründen.

Gehen sowohl der Versicherte als auch das Organ gerichtlich gegen den ersatzpflichtigen Dritten vor oder legen sie mit diesem die Sache gütlich oder durch Vergleich bei, so stehen die von diesem ersatzpflichtigen Dritten nach der Gerichtsentscheidung zu leistenden Zahlungen bis zur Höhe der von ihm tatsächlich gezahlten Beträge insoweit vorzugsweise dem Versicherten zu, als sie zu den von den Gemeinschaften nach Anhang X Artikel 25 des Statuts erbrachten Leistungen hinzugerechnet werden müssen, um dem Versicherten für den erlittenen Schaden in der gerichtlich festgestellten oder gütlich vereinbarten Höhe vollen Ausgleich zu verschaffen.

Haftet der Dritte nur für einen Teil des Schadens, so bemißt sich der Bruchteil der nach dem Statut zu erbringenden Leistungen, auf den sich die Abtretung erstreckt, nach dem vom Dritten zu tragenden Schadensanteil.

Die erforderliche Prämie wird zur Hälfte vom Beamten getragen, die andere Hälfte geht zu Lasten des Organs.

## KAPITEL II

### LEISTUNGEN

(1) Dem Versicherten werden die für seine möglichst vollständige körperliche und seelische Wiederherstellung erforderlichen Kosten, die durch die Verletzung und deren Folgen notwendig gewordenen Behandlungs- und Pflegekosten sowie gegebenenfalls die zu seiner funktionalen Rehabilitation und zur Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit notwendigen Kosten erstattet, soweit sie nicht in Anwendung von Artikel 72 des Statuts gedeckt werden können.

Hält das Organ bestimmte Kosten für zu hoch oder für überflüssig, kann es nach Stellungnahme des von ihm bestellten Arztes bzw. der von ihm bestellten Ärzte (nachstehend "Arzt" bzw. "Ärzte des Organs" genannt) die Erstattung je nach Sachlage auf einen angemessenen Betrag beschränken oder ablehnen.

Die in den vorstehenden Unterabsätzen genannten Kosten werden im Rahmen dieser allgemeinen Durchführungsbestimmungen durch das Organ erstattet.

(2) Erscheint es notwendig, daß sich der Versicherte zur Behandlung oder zu einem Genesungs- oder Kuraufenthalt in ein anderes Land als das Land der dienstlichen Verwendung des Beamten begibt, kann das Organ den Versicherten auf dessen Antrag nach Stellungnahme des vom Organ bestellten Arztes die Reisekosten erstatten.

Diese Reisekosten werden gemäß Anhang X Artikel 24 Absatz 3 des Statuts (Rückführung in Krankheitsfällen) erstattet.

(3) Beim Tod des Versicherten werden die Kosten für die Überführung des Verstorbenen vom Sterbeort bis zum Herkunftsort erstattet, soweit diese Kosten nicht in Anwendung von Artikel 75 des Statuts gedeckt werden.

Hat ein Unfall den Tod eines Versicherten zur Folge, so zahlt das Organ den in Artikel 12 festgelegten Kapitalbetrag an die vom Versicherten hierfür bezeichnete Person oder, sofern er eine solche Person nicht bezeichnet hat, an die Anspruchsberechtigten des Versicherten gemäß dem für den Nachlaß des Versicherten geltenden Erbrecht.

Erweist sich im Falle des Artikels 3 letzter Gedankenstrich, nachdem die Anspruchsberechtigten den Kapitalbetrag in voller Höhe oder teilweise erhalten haben, daß der Versicherte noch lebt, so haben die Anspruchsberechtigten den gezahlten Betrag zu erstatten. Es können Zahlungserleichterungen eingeräumt werden.

Stirbt der Beamte nach Zahlung des für dauernde Voll- oder Teilinvalidität vorgesehenen Kapitalbetrages an den Folgen desselben Unfalls, so besteht ein Anspruch auf den im vorliegenden Artikel genannten Kapitalbetrag nur insoweit, als dieser den für die Invalidität bereits gezahlten Kapitalbetrag übersteigt.

Bei dauernder Vollinvalidität des Versicherten infolge eines Unfalls zahlt das Organ ihm den in Artikel 12 festgelegten Kapitalbetrag.

#### Artikel 12

Die Höhe des in den Artikeln 10 und 11 vorgesehenen Kapitalbetrags bestimmt sich nach dem Jahresgrundgehalt in der Besoldungsgruppe A 5 Dienstaltersstufe 4 (nachstehend "Gehalt" genannt). Im Todesfall beläuft sich dieser Kapitalbetrag auf 100 v.H. dieses Gehalts. Bei dauernder Vollinvalidität beläuft er sich auf 125 v.H. dieses Gehalts.

#### Artikel 13

Bei dauernder Teilinvalidität des Versicherten infolge eines Unfalls bestimmt sich der Kapitalbetrag in Prozenten des für die dauernde Vollinvalidität vorgesehenen Kapitalbetrags nach den Sätzen der Invaliditätstabelle im Anhang zur Regelung zur Sicherung der Beamten der Europäischen Gemeinschaften bei Unfällen und Berufskrankheiten.

## Artikel 14

Auf Antrag des Versicherten kann anstelle der in den Artikeln 10. 11 und 13 vorgesehenen Zahlungen eine Leibrente gewährt werden.

Dieser Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Bekanntgabe des in den Artikeln 10.11 oder 13 vorgesehenen Kapitalbetrags zu stellen.

Der Versicherte erhält nach Stellungnahme des Arztes des Organs oder des in Artikel 23 genannten Ärzteausschusses (nachstehend "Ärzteausschuß" genannt) bei einer dauernden Verletzung oder Entstellung, die seine körperliche Unversehrtheit beeinträchtigt und ihn deshalb im gesellschaftlichen Leben benachteiligt, eine Entschädigung.

Die Höhe dieser Entschädigung wird entsprechend den Sätzen festgelegt, die sich aus der in Artikel 13 genannten Invaliditätstabelle ergeben. Trifft die Entstellung mit einer anatomisch-funktionalen Verletzung zusammen, so sind diese Sätze artgemessen zu erhöhen.

Beindet sich der Versicherte infolge eines Unfalls in einer so hilflosen Lage, daß er der ständigen Pflege durch eine andere Person bedarf, so kann ihm das Organ nach Anhörung des Arztes des Organs oder des Ärzteausschusses einen pauschalen monatlichen Zuschuß gewähren.

In vom Organ zu bestimmenden Zeitabständen, zumindest jedoch alle drei Jahre wird überprüft, ob die Voraussetzungen für die Weitergewährung dieses Zuschusses vorliegen.

## KAPITEL III

### VERFAHREN

(1) Erleidet ein Versicherter einen Unfall, so übermittelt der Beamte dem Organ die Unfallmeldung des Versicherten mit Angaben zu den Umständen des Unfalls.

Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Unfall anzuzeigen, so genügt die Meldung durch einen Familienangehörigen oder jede sonstige Person, die davon Kenntnis erlangt hat.

In der Unfallmeldung sind eingehende Angaben über Tag und Stunde, Ursachen und Hergang des Unfalls zu machen sowie gegebenenfalls Zeugen und der ersatzpflichtige Dritte zu benennen. Der Meldung ist ein ärztliches Attest über die Art der Verletzungen und die voraussichtlichen Folgen des Unfalls beizufügen.

(2) Die Anzeige ist außer im Falle höherer Gewalt oder eines sonstigen berechtigten Grundes innerhalb der auf den Unfalltag folgenden 30 Werktagen zu machen.

(3) Das Organ kann eine Untersuchung durchführen.

#### Artikel 18

;-

Das Organ kann alle zur Anwendung dieser allgemeinen Durchführungsbestimmungen erforderlichen ärztlichen Gutachten einholen.

Die Entscheidung über das Vorliegen eines Unfalls sowie die Entscheidung über den Grad einer dauernden Invalidität trifft das Organ nach dem Verfahren des Artikels 21 aufgrund der Stellungnahme des Arztes des Organs und, falls der Versicherte dies verlangt, nach Einholung eines Gutachtens des in Artikel 23 genannten Ärzteausschusses.

Die Entscheidung über den Invaliditätsgrad ergeht nach der Konsolidierung der Verletzungen des Versicherten. Zu diesem Zweck ist dem Organ ein ärztlicher Bericht vorzulegen, in dem die Heilung oder die Konsolidierung des Zustands des Versicherten festgestellt und die Art der Verletzungen angegeben wird.

Kann bei Beendigung der ärztlichen Heilbehandlung der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig bestimmt werden, so ist in der Stellungnahme des Arztes oder gegebenenfalls im Bericht des Ärzteausschusses der Zeitpunkt anzugeben, in dem der Fall des Versicherten spätestens erneut zu prüfen ist.

Besteht Grund zu der Annahme, daß der Invaliditätsgrad mindestens 20 v.H. beträgt, so gewährt das Organ einen Vorschuß, dessen Höhe dem unstreitigen Grad der dauernden Erwerbsunfähigkeit entspricht. Dieser Vorschuß wird auf die endgültig festgestellten Leistungen angerechnet.

#### Artikel 21

Bevor das Organ eine Entscheidung gemäß Artikel 19 trifft, stellt es dem Versicherten einen Entscheidungsentwurf zu, dem die Stellungnahme des Arztes des Organs beigefügt ist. Der Versicherte kann verlangen, daß der vollständige ärztliche Bericht einem Arzt seiner Wahl übersandt wird.

Der Versicherte kann ebenfalls binnen 60 Werktagen beantragen, daß das Gutachten des Ärzteausschusses eingeholt wird.

Geht bis zum Ablauf dieser Frist kein Antrag auf Einholung eines Gutachtens des Ärzteausschusses ein, so trifft das Organ seine Entscheidung entsprechend dem von ihm zugestellten Entwurf.



## Artikel 22

Der Versicherte kann jederzeit eine Verschlimmerung seiner Verletzungen oder eine weitere Minderung seiner Erwerbsfähigkeit anzeigen; seiner Anzeige hat er den Bericht des behandelnden Arztes beizufügen.

Erkennt der Arzt des Organs an, daß eine Verschlimmerung eingetreten ist, so trifft das Organ eine Entscheidung nach dem Verfahren der Artikel 19 und 21.

## Artikel 23

- (1) Der Ärztessausschuß setzt sich aus drei Ärzten zusammen, von denen  
der erste von dem Organ,  
der zweite von dem Versicherten,  
der dritte einvernehmlich von diesen beiden zuvor benannten Ärzten benannt wird.

Läßt sich binnen 90 Tagen nach der Benennung des zweiten Arztes kein Einvernehmen über die Benennung des dritten Arztes herstellen, so wird der dritte Arzt auf Antrag eines der Beteiligten vom Präsidenten des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften bestellt.

Der Ärztessausschuß erstattet bei Abschluß seiner Arbeiten ein Gutachten, das er dem Organ und dem Versicherten zuleitet.

- (2) Die Kosten, die durch die Arbeiten des Ärztessausschusses entstehen, trägt das Organ. Der Ärztessausschuß tritt in der Regel am Sitz des Organs zusammen, wenn in dem in Artikel 21 genannten Entscheidungsentwurf ein Invaliditätsgrad von mindestens 7 v.H. vorgesehen ist.

Ist in dem in Artikel 21 genannten Entscheidungsentwurf ein Invaliditätsgrad von 7 v.H. oder mehr vorgesehen, so tritt der Ärztessausschuß an einem Ort zusammen, den die Ärzte einvernehmlich unter Berücksichtigung der etwaigen Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung des Versicherten bestimmen.

Entspricht das Gutachten des Ärztessausschusses dem in Artikel 21 genannten Entscheidungsentwurf, so hat der Versicherte die Honorare und Nebenkosten des von ihm gewählten Arztes in voller Höhe sowie die Honorare und Nebenkosten des dritten Arztes zur Hälfte zu tragen, während die übrigen Kosten zu Lasten des Organs gehen.

Kann jedoch mit der etwaigen ärztlichen Untersuchung nicht bis zur normalen Rückkehr des Versicherten nach Europa gewartet werden, so trägt das Organ auf jeden Fall die Reisekosten der Ärzte sowie des Versicherten in der Economy-Klasse bei Benutzung eines Flugzeugs oder für die Erste Klasse bei Benutzung der Eisenbahn. Erforderlichenfalls können die Reisekosten für einen den Versicherten begleitenden Erwachsenen nach Stellungnahme des Arztes des Organs erstattet werden. In Ausnahmefällen können aufgrund einer besonderen Entscheidung des Organs nach Stellungnahme des Arztes des Organs sämtliche in den vorstehenden Unterabsätzen bezeichneten Kosten zu Lasten des Organs gehen.

## Artikel 24

(1) Ist in anderen als den durch Artikel 19 geregelten Fällen eine Entscheidung nach Stellungnahme des vom Organ bestellten Arztes zu treffen, so stellt das Organ dem Versicherten vor Erlaß der Entscheidung einen Entscheidungsentwurf zu, dem es das Gutachten des Arztes beifügt. Der Versicherte kann binnen 60 Werktagen beantragen, das Gutachten eines anderen Arztes einzuholen, den der Arzt des Organs und der vom Versicherten bezeichnete Arzt einvernehmlich auswählen. Geht bis zum Ablauf dieser Frist kein Antrag auf Einholung eines weiteren Gutachtens ein, so trifft das Organ seine Entscheidung entsprechend dem von ihm zugestellten Entwurf.

Das Gutachten des einvernehmlich ausgewählten Arztes ist dem Organ sowie dem Versicherten zuzustellen.

(2) Die Kosten, die durch das Gutachten des einvernehmlich ausgewählten Arztes entstehen, trägt das Organ.

Entspricht jedoch das Gutachten dieses Arztes dem Entscheidungsentwurf des Organs, so hat der Versicherte die durch dieses Gutachten entstandenen Honorare und Nebenkosten zu tragen.

## KAPITEL IV

### FESTSTELLUNG DER ANSPRÜCHE UND ERBRINGUNG DER LEISTUNGEN

Die Ansprüche, die sich aus diesen allgemeinen Durchführungsbestimmungen ergeben, sind innerhalb einer möglichst kurzen Frist von dem Organ festzustellen.

Die Berechnung der festgestellten Ansprüche ist dem Versicherten oder den sonstigen Anspruchsberechtigten zuzustellen.

(1) Die in den Artikeln 10, 11 und 13 genannten Entschädigungen sowie die in Artikel 14 genannte Leibrente werden nach Wahl des Berechtigten entweder in der Währung des Landes, dessen Staatsangehöriger er ist, in der Währung seines Wohnsitzlandes oder in der Währung des Landes gezahlt, in dem sich der Sitz des Organs befindet.

Gehört weder das eine noch das andere der beiden erstgenannten Länder zu den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft, so werden diese Entschädigungen in der Währung des Landes gezahlt, in dem sich der Sitz des Organs befindet.

(2) Wird die Entschädigung nicht in belgischen Franken gezahlt, so erfolgt die Umrechnung nach dem am Tage der Entscheidung gültigen Buchungskurs der Kommission.

## KAPITEL V

### SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Gegen die in Anwendung dieser allgemeinen Durchführungsbestimmungen ergehenden Entscheidungen können der Versicherte oder der Beamte, der ihn vertritt, oder die sonstigen Anspruchsberechtigten gemäß Artikel 90 des Statuts Beschwerde einlegen und unter den in den Verträgen zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften und in Artikel 91 des Statuts genannten Voraussetzungen vor dem Gericht erster Instanz der Europäischen Gemeinschaften Klage erheben.

Der Statutsbeirat berät regelmäßig über die Anwendung dieser allgemeinen Durchführungsbestimmungen.

Artikel 29

Dieser Beschluß wird am 1 Januar 1995 wirksam.

γενικών εκτελεστικών διατάξεων  
σχετικά με την κάλυψη των κινδύνων ατυχήματος του/της συζύγου, των τέκνων  
και των λοιπών συντηρούμενων προσώπων υπάλληλου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων  
που είναι τοποθετημένος σε τρίτη χώρα

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ,

Έχοντας υπόψη το Παράρτημα Χ του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, και ιδίως το άρθρο 1, τρίτο εδάφιο,

Κατόπιν διαβουλεύσεως με την επιτροπή προσωπικού,

Έχοντας υπόψη τη γνώμη της επιτροπής Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης,

Εκτιμώντας ότι η θέση σε εφαρμογή του ασφαλιστικού συστήματος κατά των ατυχημάτων το οποίο θεσπίζεται με το άρθρο 25 του παραρτήματος Χ του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης, που καθορίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του, απαιτεί την έκδοση γενικών εκτελεστικών διατάξεων,

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ :

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 1

1. Οι παρούσες γενικές εκτελεστικές διατάξεις καθορίζουν, κατ'εφαρμογήν του άρθρου 25 του παραρτήματος Χ του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, τους όρους υπό τους οποίους ασφαλίζονται κατά των ατυχημάτων που τους συμβαίνουν εκτός της Κοινότητας, ο/η σύζυγος υπαλλήλου που είναι τοποθετημένος σε τρίτη χώρα, τα συντηρούμενα τέκνα του, καθώς και τα λοιπά συντηρούμενα πρόσωπα κατά την έννοια αντίστοιχα του άρθρου 2 παράγραφος 2 και του άρθρου 2 παράγραφος 4 του παραρτήματος VII του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.
2. Για την εφαρμογή των παρουσών γενικών εκτελεστικών διατάξεων, ο ασφαλισμένος μπορεί να αντιπροσωπευθεί από το πρόσωπο που ορίζει γι'αυτόν το σκοπό ή από κάθε άλλο πρόσωπο που διαθέτει εκ του νόμου εξουσία ή συμβατική εντολή (πληρεξουσιότητα).

#### Άρθρο 2

Η ασφάλεια καλύπτει τα ατυχήματα που συμβαίνουν εκτός του ευρωπαϊκού εδάφους ενός κράτους μέλους των Κοινοτήτων, ή κατά τη διάρκεια της διαδρομής από το ευρωπαϊκό έδαφος ενός κράτους μέλους των Κοινοτήτων προς τη χώρα υπηρεσίας του υπαλλήλου από τον οποίο εξαρτάται ο ασφαλισμένος, ή αντιστρόφως.

### Άρθρο 3

Ατύχημα θεωρείται κάθε γεγονός ή παράγοντας εξωτερικός και αιφνίδιος ή βίαιος ή μη φυσιολογικός που προσβάλλει τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα του ασφαλισμένου.

Θεωρούνται ατυχήματα, μεταξύ άλλων :

- ο πνιγμός, η δηλητηρίαση,
- οι λοιμώξεις, ασθένειες και τραυματισμοί και όλες οι άλλες συνέπειες από δόγματα ζώων ή τσιμπήματα εντόμων,
- τα εγκαύματα,
- οι φύξεις, τα κρουπαγήματα, οι ηλιώσεις και όλα τα άλλα αποτελέσματα της θερμοκρασίας αν είναι συνέπειες ατυχήματος,
- τα διαστρέμματα, οι διαρρήξεις, οι θλάσεις μυών και τενόντων που προκύπτουν από προσπάθεια,
- η ανεξήγητη εξαφάνιση του ασφαλισμένου εάν, μετά την πάροδο προθεσμίας ενός χρόνου και μετά από εξέταση των περιστάσεων της εξαφάνισης, ο ασφαλισμένος θεωρηθεί ότι απεβίωσε, εκτός αν μπορεί να θεωρηθεί ότι ο θάνατος δεν ήταν συνέπεια ατυχήματος.

### Άρθρο 4

Δεν καλύπτονται από την ασφάλιση τα ατυχήματα που προκύπτουν :

- α) από την εθελοντική συμμετοχή σε συμπλοκές,
- β) - από πρόδηλα τολμηρές πράξεις,
  - από συμμετοχή, με τη βοήθεια οχημάτων με κινητήρα, σε αθλητικούς αγώνες, αθλητικές δοκιμασίες ταχύτητας και επίσημες δοκιμές,
  - από την άσκηση αθλημάτων που θεωρούνται επικίνδυνα όπως η πυγμαχία, το καράτε, ο αλεξιπτωτισμός, η σπηλαιολογία, το υποβρύχιο ψάρεμα ή η υποβρύχια εξερεύνηση με αναπνευστικό εξοπλισμό που περιλαμβάνει φιάλες αέρα ή οξυγόνου,
- γ) από την ανάβαση βραχωδών ορθοπλαγιών ή αιχμών ή κορυφών βουνών έξω από τη βατή οδό, εκτός από κατάσταση ανάγκης,
- δ) από τη ναυσιπλοΐα αναψυχής σε απόσταση μεγαλύτερη από πέντε ναυτικά μίλια από τις ακτές,
- ε) από τη μέθη ή τη χρήση ναρκωτικών χωρίς συνταγή, εκτός αν πρόκειται για λάθος,
- στ) από τον ενσυνείδητο χειρισμό πολεμικών μηχανών ή πυρομαχικών, εκτός από κατάσταση ανάγκης.

## Άρθρο 5

1. Οι παροχές που προβλέπονται κατωτέρω δεν οφείλονται όταν το ατύχημα προκαλείται εκ προθέσεως από τον υπάλληλο.

Καμία παροχή δεν οφείλεται σε εκείνον από τους έλκοντες δικαιώματα που προκάλεσε εκ προθέσεως τον θάνατο του ασφαλισμένου.

2. Θεωρούνται, ωστόσο, ατυχήματα :

- οι σωματικές ή ψυχικές βλάβες που προκλήθηκαν σε κατάσταση ανάγκης ή νόμιμης άμυνας ή σε περίπτωση διάσωσης ανθρώπων ή αγαθών,
- οι συνέπειες επιθέσεων κατά του προσώπου του ασφαλισμένου, ακόμη και κατά τη διάρκεια απεργιών ή εξεγέρσεων, εκτός αν αποδεικνύεται ότι ο ασφαλισμένος πήρε με τη θέλησή του μέρος στις βίαιες ενέργειες των οποίων υπήρξε ύμα, εκτός από την περίπτωση της νόμιμης άμυνας,
- η μη ενσυνείδητη αυτοκτονία, η απόπειρα μη ενσυνείδητης αυτοκτονίας και οι ακούσιοι ακρωτηριασμοί ή τραυματισμοί.

## Άρθρο 6

Οι παροχές που προβλέπονται από τις παρούσες γενικές εκτελεστικές διατάξεις καταβάλλονται στο δικαιούχο μόνον εφόσον ο ίδιος ή το πρόσωπο που τον αντιπροσωπεύει υποκαθιστά τις Κοινότητες, μέχρι το ποσό αυτών των παροχών, στα δικαιώματα και αγωγές του προαναφερόμενου κατά του τρίτου ενδεχομένως υπευθύνου.

Αυτή η προϋπόθεση υποκατάστασης δεν εφαρμόζεται εάν ο τρίτος υπεύθυνος είναι ο υπάλληλος από τον οποίο εξαρτάται ο ασφαλισμένος, ο/η σύζυγος αυτού του υπαλλήλου, άλλο μέλος της οικογένειας του ασφαλισμένου, άλλο πρόσωπο που ζει στο σπίτι του, ο προστηθείς του ή ο προστηθείς του υπαλλήλου από τον οποίο εξαρτάται ο ασφαλισμένος, ή εάν ο εν λόγω τρίτος υπεύθυνος είναι ο ίδιος υπάλληλος ή μέλος του λοιπού προσωπικού των Κοινοτήτων. Οι προαναφερθείσες εξαιρέσεις δεν εφαρμόζονται ωστόσο σε περίπτωση αδικήματος εκ προθέσεως του τρίτου υπευθύνου.

Ο υπάλληλος και ο ασφαλισμένος οφείλουν να παράσχουν στο Όργανο τις πληροφορίες και τις αποδείξεις που διαθέτουν, ώστε το Όργανο να μπορέσει, ενδεχομένως, να προσφύγει κατά του τρίτου υπευθύνου και να του παράσχουν επίσης κάθε αναγκαία συνδρομή προς το σκοπό αυτό. Προκειμένου να υπάρξει φιλικός διακανονισμός και συμβιβασμός με τον τρίτο υπεύθυνο όσον αφορά την οφειλόμενη αποζημίωση, απαιτείται να ληφθεί η συναίνεση του Οργάνου. Σύμφωνα με το άρθρο 25 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης, η άρνηση της συναίνεσης πρέπει να αιτιολογείται.

#### Άρθρο 7

Όταν ο ασφαλισμένος ασκεί αγωγή κατά του υπευθύνου και το Όργανο στρέφεται επίσης κατ'αυτού του τρίτου υπευθύνου, ή όταν προβαίνουν σε φιλικό διακανονισμό ή συμβιβασμό με τον τρίτο υπεύθυνο, ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα κατά προτεραιότητα επί των ποσών τα οποία ο τρίτος υπεύθυνος κηρύσσεται κατ'αυτών τον τρόπο ότι οφείλει, μέχρι το τμήμα των ποσών που πράγματι καταβλήθηκαν από τον τρίτο υπεύθυνο και των οποίων η προσθήκη στις παροχές που κατέβαλαν οι Κοινότητες βάσει του άρθρου 25 του παραρτήματος Χ του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης θα ήταν, ενδεχομένως, απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η αποκατάσταση της ζημιάς που υπέστη ο ασφαλισμένος, όπως αυτή εκτιμάται από το επιληφθέν δικαστήριο ή συμφωνείται με φιλικό διακανονισμό.

Σε περίπτωση μερικής ευθύνης του τρίτου, το εις βάρος του ποσοστό καθορίζει το τμήμα των καταστατικών παροχών βάσει κανονισμού που περιορίζει την υποκατάσταση.

#### Άρθρο 8

Το ασφάλιστρο που απαιτείται για την κάλυψη βαρύνει κατά το ήμισυ τον υπάλληλο και κατά το ήμισυ το Όργανο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### ΠΑΡΟΧΕΣ

#### Άρθρο 9

1. Επιστρέφονται όλα τα έξοδα που απαιτούνται για την όσο το δυνατόν πληρέστερη αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ασφαλισμένου και για κάθε θεραπεία που απαιτούν οι συνέπειες των βλαβών που υπέστη και οι τρόποι εκδηλώσεώς τους, και, αν υπάρχει ανάγκη, τα έξοδα που απαιτούνται για τη λειτουργική και επαγγελματική επαναπροσαρμογή του ασφαλισμένου, εφόσον τα έξοδα αυτά δεν δύναται να καλυφθούν δυνάμει του άρθρου 72 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

Ωστόσο, αν το Όργανο θεωρεί ορισμένα έξοδα υπερβολικά ή μη αναγκαία, μπορεί, μετά από γνωμοδότηση του ή των ιατρών που ορίζει το ίδιο (ο ιατρός του Οργάνου\*) να τα μειώσει σε ένα εύλογο ποσό ή, ενδεχομένως, να αρνηθεί την επιστροφή.

Τα έξοδα που αναφέρονται στα προηγούμενα εδάφια επιστρέφονται από το Όργανο, σύμφωνα με τις παρούσες γενικές εκτελεστικές διατάξεις.



2. Το Όργανο μπορεί να χορηγήσει στον ασφαλισμένο κατ' αίτησή του και μετά από γνωμοδότηση του ιατρού που ορίζει αυτό, την επιστροφή των εξόδων ταξιδιού, όταν φαίνεται απαραίτητο να υποβληθεί ο ασφαλισμένος σε θεραπεία ή να διέλθει την περίοδο ανάρρωσης ή να κάνει άλλο είδους θεραπεία, σε άλλη χώρα από τη χώρα όπου είναι τοποθετημένος ο υπάλληλος.

Αυτά τα έξοδα ταξιδιού επιστρέφονται δυνάμει του άρθρου 24, παράγραφος 3 του παραρτήματος Χ του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης (επαναπατριsmός για λόγους υγείας).

3. Επιστρέφονται τα έξοδα μεταφοράς της σορού του ασφαλισμένου από τον τόπο του θανάτου έως τον τόπο καταγωγής, εφόσον τα έξοδα αυτά δεν καλύπτονται κατ' εφαρμογήν του άρθρου 75 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

#### Άρθρο 10

Σε περίπτωση θανάτου ενός ασφαλισμένου συνεπεία ατυχήματος, το Όργανο καταβάλλει το κεφάλαιο που προβλέπεται στο άρθρο 12, στο πρόσωπο που έχει ορίσει ο ασφαλισμένος προς το σκοπό αυτό, ή ελλείψει αυτού, στους έλκοντες δικαιώματα του ασφαλισμένου σύμφωνα με τις διατάξεις του κληρονομικού δικαίου που εφαρμόζονται στη διαδοχή του ασφαλισμένου.

Εάν, στην περίπτωση που αναφέρεται στο άρθρο 3 τελευταία περίπτωση, μετά την καταβολή του συνόλου ή μέρους αυτού του κεφαλαίου στους έλκοντες δικαιώματα, ο ασφαλισμένος αποδειχθεί ότι ζει, όλα τα ποσά που καταβλήθηκαν πρέπει να επιστραφούν από τους έλκοντες δικαιώματα. Μπορούν να παρασχεθούν ευκολίες για την επιστροφή των χρημάτων.

Εάν ο ασφαλισμένος αποβιώσει, μετά την καταβολή του κεφαλαίου που προβλέπεται για την περίπτωση ολικής ή μερικής διαρκούς αναπηρίας, συνεπεία του ίδιου ατυχήματος, το κεφάλαιο που αναφέρεται στο παρόν άρθρο οφείλεται μόνο κατά το μέτρο που υπερβαίνει το κεφάλαιο που έχει ήδη καταβληθεί για την αναπηρία.

#### Άρθρο 11

Σε περίπτωση ολικής διαρκούς αναπηρίας του ασφαλισμένου συνεπεία ατυχήματος, το Όργανο του καταβάλει το κεφάλαιο που ορίζεται στο άρθρο 12.

#### Άρθρο 12

Το ύψος του κεφαλαίου που προβλέπεται στα άρθρα 10 και 11 καθορίζεται βάσει του ετήσιου βασικού μισθού στο βαθμό Α5 κλιμάκιο 4 (\*ο μισθός\*). Σε περίπτωση θανάτου, το κεφάλαιο αυτό αντιστοιχεί σε έναν μισθό. Σε περίπτωση ολικής διαρκούς αναπηρίας, αντιστοιχεί σε 125% του μισθού αυτού.

#### Άρθρο 13

Σε περίπτωση μερικής διαρκούς αναπηρίας του ασφαλισμένου συνεπεία ατυχήματος, το κεφάλαιο καθορίζεται βάσει των ποσοστών που προβλέπονται στον πίνακα ποσοστών αναπηρίας ο οποίος περιέχεται στο παράρτημα της ρύθμισης για την κάλυψη των κινδύνων ατυχήματος και επαγγελματικής νόσου των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ως ποσοστό του κεφαλαίου που προβλέπεται για την ολική διαρκή αναπηρία.

#### Άρθρο 14

Μετά από αίτηση του ασφαλισμένου, τα ποσά που καταβάλλονται δυνάμει των άρθρων 10, 11 και 13, μπορούν να αντικατασταθούν από ισόβια πρόσοδο.

Η αίτηση αυτή πρέπει να υποβληθεί εντός τριών μηνών από την κοινοποίηση του ποσού του κεφαλαίου που προβλέπεται στα άρθρα 10, 11 ή 13.

#### Άρθρο 15

Ύστερα από γνωμάτευση του ιατρού του Οργάνου ή της ιατρικής επιτροπής που αναφέρεται παρακάτω στο άρθρο 23 (ιατρική επιτροπή), ο ασφαλισμένος λαμβάνει αποζημίωση για κάθε μόνιμη βλάβη ή παραμόρφωση η οποία προσβάλλει τη σωματική ακεραιότητά του και επηρεάζει πραγματικά δυσμενώς τις κοινωνικές του σχέσεις.

Η αποζημίωση αυτή καθορίζεται ανάλογα με τα ποσοστά που προβλέπονται στους πίνακες αναπηρίας που αναφέρονται στο άρθρο 13. Όταν μια βλάβη ανατομικού και λειτουργικού χαρακτήρα συνοδεύεται και από αισθητικές βλάβες, τα ποσοστά αυτά επαυξάνονται δεόντως.

#### Άρθρο 16

Όταν ύστερα από ατύχημα ο ασφαλισμένος βρίσκεται σε κατάσταση ανικανότητας που επιβάλλει τη διαρκή βοήθεια ενός άλλου προσώπου, τότε το Όργανο μπορεί να του χορηγήσει, μετά από γνωμάτευση του ιατρού του Οργάνου ή της ιατρικής επιτροπής, μηνιαία κατ'αποκοπήν αποζημίωση.

Η απόφαση για τη χορήγηση αυτής της αποζημίωσης επανεξετάζεται εντός προθεσμίας που ορίζει το Όργανο, τουλάχιστον δε κάθε τρία έτη.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

#### Άρθρο 17

1. Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος υποστεί ατύχημα, ο υπάλληλος διαβιβάζει στο Όργανο τη δήλωση του ασφαλισμένου σχετικά με τις συνθήκες του ατυχήματος.

Σε περίπτωση αδυναμίας του ασφαλισμένου να δηλώσει το ατύχημα, η δήλωση μπορεί να γίνει από οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς του ή από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που έλαβε γνώση.

Η δήλωση ατυχήματος πρέπει να αναφέρει λεπτομερώς την ημέρα και την ώρα, τα αίτια και τις συνθήκες του ατυχήματος, καθώς επίσης και τα ονόματα των τυχόν μαρτύρων ή του τρίτου υπευθύνου. Επισυνάπτεται ιατρικό πιστοποιητικό που αναφέρει ειδικά τη φύση των βλαβών και τις πιθανές συνέπειες του ατυχήματος.

2. Εκτός από περίπτωση ανωτέρας βίας ή για κάθε άλλη νόμιμη αιτία, η δήλωση πρέπει να γίνει εντός 30 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία που συνέβη το ατύχημα.
3. Το Όργανο μπορεί να διενεργήσει έρευνα.

#### Άρθρο 18

Για την εφαρμογή των παρουσών γενικών εκτελεστικών διατάξεων, το Όργανο μπορεί να ζητήσει οιαδήποτε ιατρική πραγματογνωμοσύνη είναι απαραίτητη.

#### Άρθρο 19

Οι αποφάσεις σχετικά με την αναγνώριση του αν ένα γεγονός οφείλεται σε ατύχημα καθώς και με τον καθορισμό του βαθμού διαρκούς αναπηρίας, λαμβάνονται από το Όργανο με τη διαδικασία που προβλέπεται στο άρθρο 21 :

- βάσει των συμπερασμάτων του ιατρού του Οργάνου και,
- αν το ζητήσει ο ασφαλισμένος, μετά από γνωμάτευση της ιατρικής επιτροπής που προβλέπεται στο άρθρο 23.

#### Άρθρο 20

Η απόφαση που καθορίζει τον βαθμό αναπηρίας λαμβάνεται αφού σταθεροποιηθούν οι σωματικές βλάβες του ασφαλισμένου. Για το σκοπό αυτό, πρέπει να αποσταλεί στο Όργανο, ιατρική έκθεση που να διαπιστώνει την αποθεραπεία του ή τη σταθεροποίηση της κατάστασής του ασφαλισμένου και να προσδιορίζει τη φύση των σωματικών βλαβών.

Όταν, μετά την παύση της ιατρικής αγωγής, ο βαθμός αναπηρίας δεν μπορεί ακόμη να καθορισθεί οριστικά, η γνωμάτευση του ιατρού ή, ενδεχομένως, η έκθεση της ιατρικής επιτροπής πρέπει να προσδιορίζει την ημερομηνία κατά την οποία πρέπει το αργότερο να επανεξετασθεί ο φάκελος του ασφαλισμένου.

Εάν εικάζεται ότι ο βαθμός αναπηρίας ανέρχεται σε 20 % τουλάχιστον, το Όργανο χορηγεί προσωρινή αποζημίωση που αντιστοιχεί στο μη αμφισβητούμενο τμήμα του ποσοστού διαρκούς αναπηρίας. Η αποζημίωση αυτή καταλογίζεται στις οριστικές παροχές.

#### Άρθρο 21

Πριν λάβει οποιαδήποτε απόφαση δυνάμει του άρθρου 19, το Όργανο κοινοποιεί στον υπάλληλο το σχέδιο απόφασης συνοδευόμενο από τα συμπεράσματά του ιατρού του Οργάνου. Ο υπάλληλος μπορεί να ζητήσει να διαβιβαστεί η πλήρης ιατρική έκθεση στον ιατρό της επιλογής του.

Ο ασφαλισμένος μπορεί επίσης να ζητήσει, εντός 60 εργάσιμων ημερών, γνωμάτευση της ιατρικής επιτροπής.

Εάν, μέχρι τη λήξη αυτής της προθεσμίας, δεν κατατεθεί αίτηση για γνωμάτευση της ιατρικής επιτροπής, το Όργανο λαμβάνει απόφαση όμοια με το σχέδιο απόφασης που κοινοποίησε.

## Άρθρο 22

Ο ασφαλισμένος μπορεί οποτεδήποτε να υποβάλει δήλωση επιδείνωσης των σωματικών βλαβών ή της αναπηρίας. Η δήλωση συνοδεύεται από την έκθεση του θεράποντος ιατρού.

Εάν ο ιατρός του Οργάνου αναγνωρίσει ότι υπάρχει επιδείνωση, το Όργανο αποφασίζει σύμφωνα με τη διαδικασία των άρθρων 19 και 21.

## Άρθρο 23

1. Η ιατρική επιτροπή απαρτίζεται από τρεις ιατρούς που ορίζονται :
  - ο πρώτος από το Όργανο,
  - ο δεύτερος από τον ασφαλισμένο,
  - ο τρίτος με κοινή συμφωνία των δύο άλλων ιατρών.

Εάν, μέσα σε προθεσμία 90 ημερών από το διορισμό του δεύτερου ιατρού, δεν επιτευχθεί συμφωνία για το διορισμό του τρίτου ιατρού, ο ιατρός αυτός ορίζεται αυτεπάγγελα από τον πρόεδρο του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με πρωτοβουλία ενός από τα μέρη.

Μετά τον τερματισμό των εργασιών της, η ιατρική επιτροπή αναφέρει τα συμπεράσματά της σε έκθεση που απευθύνεται στο Όργανο και στον ασφαλισμένο.

2. Τα έξοδα των εργασιών της ιατρικής επιτροπής καταβάλλει το Όργανο. Κατά κανόνα, η ιατρική επιτροπή συνεδριάζει στην έδρα του Οργάνου, όταν το σχέδιο απόφασης που προβλέπεται στο άρθρο 21 ορίζει βαθμό αναπηρίας κάτω του 7 %.

Όταν το σχέδιο απόφασης που προβλέπεται στο άρθρο 21 ορίζει βαθμό αναπηρίας 7 % ή περισσότερο, η ιατρική επιτροπή συνεδριάζει στον τόπο που ορίζεται συμφωνούν οι ιατροί, λαμβάνοντας υπόψη την ενδεχόμενη ανάγκη ιατρικής εξέτασης του ασφαλισμένου.

Όταν η γνωμάτευση της ιατρικής επιτροπής είναι σύμφωνη με το σχέδιο απόφασης που προβλέπεται στο άρθρο 21, ο ασφαλισμένος καταβάλλει την αμοιβή και τα παρεπόμενα έξοδα του ιατρού τον οποίο επέλεξε, καθώς και το ήμισυ της αμοιβής και των παρεπόμενων εξόδων του τρίτου ιατρού. Το υπόλοιπο ποσό καταβάλλεται από το Όργανο.

Ωστόσο, τα έξοδα μεταφοράς των ιατρών και του ασφαλισμένου βαρύνουν πάντοτε το Όργανο, εάν η ενδεχόμενη ιατρική εξέταση δεν δύναται να γίνει μετά την κανονική επιστροφή του ασφαλισμένου στην Ευρώπη, είτε αεροπορικά σε οικονομική θέση, είτε σιδηροδρομικά, σε πρώτη θέση. Εάν παραστεί ανάγκη, το Όργανο μπορεί να επιστρέψει τα έξοδα μεταφοράς ενός ενγλίκου που συνοδεύει τον ασφαλισμένο, μετά από γνωμοδότηση του ιατρού του Οργάνου. Εξάλλου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις και με ειδική απόφαση του Οργάνου η οποία λαμβάνεται μετά από γνωμάτευση του ιατρού του Οργάνου, όλα τα έξοδα που αναφέρονται στα προηγούμενα εδάφια, μπορούν να καλυφθούν από το Όργανο.

#### Άρθρο 24

1. Σε περιπτώσεις που δεν αναφέρονται στο άρθρο 19, όταν πρόκειται να ληφθεί απόφαση μετά από γνωμάτευση του ιατρού του Οργάνου, το Όργανο αυτό, πριν αποφασίσει, κοινοποιεί στον ασφαλισμένο το σχέδιο απόφασης, συνοδευόμενο από τα συμπεράσματα του ιατρού του Οργάνου. Ο ασφαλισμένος δύναται, εντός εξήντα εργάσιμων ημερών, να ζητήσει γνωμάτευση άλλου ιατρού που επιλέγεται, με κοινή συμφωνία, από τον ιατρό που όρισε το Όργανο και τον ιατρό που όρισε ο ασφαλισμένος. Εάν, μέχρι τη λήξη αυτής της προθεσμίας, δεν κατατεθεί αίτηση γνωμάτευσης, το εν λόγω Όργανο λαμβάνει απόφαση όμοια με το σχέδιο απόφασης που κοινοποίησε.

Η γνωμάτευση του ιατρού που επελέγη με κοινή συμφωνία, διαβιβάζεται στο Όργανο και στον ασφαλισμένο.

2. Τα έξοδα γνωμάτευσης του ιατρού που επελέγη με κοινή συμφωνία καταβάλλονται από το Όργανο.

Εντούτοις, όταν η γνωμάτευση του ιατρού αυτού είναι σύμφωνη με το σχέδιο απόφασης του Οργάνου, ο ασφαλισμένος καταβάλλει τις αμοιβές και τα παρεπόμενα έξοδα αυτής της γνωμάτευσης.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

#### ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

#### Άρθρο 25

Η εκκαθάριση των δικαιωμάτων που απορρέουν από τις παρούσες γενικές εκτελεστικές διατάξεις, γίνεται από το Όργανο το συντομότερο δυνατόν.

Αναλυτικός λογαριασμός κοινοποιείται στον ασφαλισμένο ή στους εξ αυτού έλκοντες δικαιώματα.

#### Άρθρο 26

1. Οι αποζημιώσεις που αναφέρονται στα άρθρα 10, 11 και 13 καθώς και η ισόβια πρόσδοδος που προβλέπεται στο άρθρο 14, καταβάλλονται κατ'επιλογήν του δικαιούχου, είτε στο νόμισμα της χώρας καταγωγής του, είτε στο νόμισμα της χώρας διαμονής του, είτε στο νόμισμα της χώρας όπου εδρεύει το Όργανο.  
Σε περίπτωση που ούτε η χώρα καταγωγής ούτε η χώρα διαμονής είναι κράτη μέλη της Κοινότητας, οι αποζημιώσεις αυτές καταβάλλονται στο νόμισμα της χώρας στην οποία εδρεύει το ανωτέρω Όργανο.
2. Η αποζημίωση που καταβάλλεται σε νόμισμα εκτός από το βελγικό φράγκο υπολογίζεται με βάση τη λογιστική ισοτιμία που εφήρμοζε η Επιτροπή την ημέρα της απόφασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V  
ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 27

Κατά των αποφάσεων που λαμβάνονται κατ'εφαρμογήν των παρουσών γενικών εκτελεστικών διατάξεων, ο ασφαλισμένος ή ο υπάλληλος που τον εκπροσωπεί ή οιοσδήποτε δικαιούχος των παροχών εκτός του ασφαλισμένου, δύνανται να υποβάλουν ένσταση, σύμφωνα με το άρθρο 90 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης, ή να ασκήσουν προσφυγή ενώπιον του Πρωτοδικείου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στις συνθήκες για την ίδρυση των Κοινοτήτων και στο άρθρο 91 του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

Άρθρο 28

Η εφαρμογή των παρουσών γενικών εκτελεστικών διατάξεων αποτελεί αντικείμενο τακτικών διαβουλεύσεων στα πλαίσια της επιτροπής του Κανονισμού Υπηρεσιακής Κατάστασης.

Άρθρο 29

Η παρούσα απόφαση τίθεται σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 1995.

Έγινε στις Βρυξέλλες, στις

Για το Συμβούλιο  
Ο Πρόεδρος

general implementing provisions  
on insurance against the risk of accident for the spouse, children  
and other dependents of an official of the European Communities  
serving in a third country

THE EUROPEAN COMMISSION

Having regard to Annex X to the Staff Regulations of officials of the European Communities,  
and in particular the third paragraph of Article 1 thereof.

After consulting the Staff Committee,

Having regard to the opinion of the Staff Regulations Committee,

Whereas the implementation of the accident insurance scheme set up by Article 25 of Annex X to the Staff Regulations, which lays down the main characteristics thereof, necessitates the adoption of general implementing provisions,

HAS DECIDED AS FOLLOWS:

## CHAPTER I

### GENERAL PROVISIONS

#### Article 1

1. These general implementing provisions lay down, pursuant to Article 25 of Annex X to the Staff Regulations of officials of the European Communities, the conditions under which the spouse of an official serving in a third country, his dependent children and the other persons dependent on him within the meaning of Article 2(2) and Article 2(4) of Annex VII to the Staff Regulations are insured against accidents occurring outside the Community.
2. For the application of these general implementing provisions, the insured person may be represented by the person whom he designates for this purpose or by any other person who has a legal power or a contractual power of representation (power of attorney).

#### Article 2

The insurance shall cover accidents occurring outside the European territory of a Member State of the Communities or in the course of the journey from the territory of a Member State of the Communities to the country of employment or vice versa.



### Article 3

1. An accident means any occurrence or external factor of a sudden, violent or abnormal nature adversely affecting the insured persons bodily or mental health.
2. The following shall inter alia be considered accidents:
  - drowning, poisoning;
  - infections, sicknesses and wounds and any other consequences of the bites of animals or of the stings of insects;
  - burns;
  - subjection to cold, freezing, Insolation and any other consequences of heat or cold arising from an accident;
  - distortions, tears or lacerations and ruptures of muscles or tendons caused by exertion;
  - the unexplained disappearance of the insured person, if on expiry of a period of one year and following an enquiry into the circumstances of the disappearance, the insured person is presumed dead unless there are grounds for presuming that the death was not due to an accident.

### Article 4

Accidents shall not be covered by the insurance if they are due to the following causes:

- (a) wilful Involvement in a brawl;
- (b) - manifestly reckless acts;
  - participation by means of motorized equipment In sporting contests, races and official trials;
  - practice of sports regarded as dangerous, such as boxing, karate, parachuting, speleology, underwater fishing and exploration with breathing equipment including containers for the supply of air or oxygen;
- (c) climbing cliffs or pinnacles of rock or mountain peaks otherwise than on beaten tracks, except in an emergency;
- (d) pleasure sailing more than five nautical miles from the coast;
- (e) intoxication or the use of drugs not prescribed by a doctor, except in case of error;
- (f) the deliberate handling of military arms or ammunition, except in an emergency.

## Article 5

1. The following benefits shall not be payable if the accident was caused intentionally by the insured person.

No benefit shall be payable to a person entitled under the insured person where that person has intentionally caused the death of the insured person.

2. The following shall however be regarded as accidents within the meaning of these rules:

- bodily or mental injuries sustained in an emergency or in self-defence or when saving human life or salvaging property;
- the consequences of assaults on or attempts on the life of the insured person, even in the course of strikes or disturbances unless it is proved that the insured person participated of his own free will in the violent action in which he was injured, except in self-defence;
- suicide or attempted suicide committed whilst the balance of the insured person's mind is disturbed or unintentional mutilation or wounds.

## Article 6

The benefits provided for in these general implementing provisions shall be paid to their beneficiary only on condition that the latter or the person representing him subrogates the Communities to his rights and proceedings against any responsible third party up to the amount of such benefits.

Subrogation shall not take effect if the responsible third party is the official to whom the insured person is tied, the spouse of that official, another member of the insured person's family, another person living as a member of his family, his employee or the employee of the official to whom the insured person is tied, if the responsible third party is himself an official or other servant of the Communities. The aforementioned exceptions shall not apply, however, in the case of a deliberate error on the part of the responsible third party.

The official and the insured person must provide the institution with any information or evidence available to them, in order to enable the institution, where appropriate, to take action against the third party, and give the institution all assistance necessary to this end. In order to seek an amicable settlement or to compound with the third party as regards the compensation to be paid by the latter, the consent of the institution must be obtained. In accordance with Article 25 of the Staff Regulations, reasons must be given for any refusal of consent.

### Article 7

Where the insured person initiates proceedings against the third party and the institution also takes action against that third party, or where they reach an amicable settlement or compound with the third party, the insured person or those entitled under him shall have a prior claim to the sums thus declared payable by the liable third party to the extent of that portion of the sums actually paid by the latter which must be added to the benefits paid by the Communities under Article 25 of Annex X to the Staff Regulations in order to make good the damage suffered by the insured person or by those entitled under him as assessed by the court before which the matter was brought or as agreed under the amicable settlement.

Where the third party is only partly liable, the percentage for which he is found liable shall determine that portion of the benefits payable under the Staff Regulations which defines the extent of the subrogation.

### Article 8

Half the premium necessary to provide cover shall be paid by the official and half by the institution.

## CHAPTER II

### BENEFITS

### Article 9

1. Insofar as these expenses are ineligible for direct billing pursuant to Article 72 of the Staff Regulations, an insured person who sustains an accident or disease shall be reimbursed all the expenses necessary in order to restore as completely as possible his bodily or mental health and in order to pay for all care and treatment required as a result of the injuries sustained and their symptoms and also, where appropriate, of the expenses incurred in the functional and occupational rehabilitation of the insured person.

However, where the institution considers certain expenses excessive or unnecessary it may, on the advice of the doctor or doctors appointed by it ("the doctor of the institution"), lower them to an amount considered reasonable or, where appropriate, refuse to reimburse them.

The expenses referred to in the preceding subparagraphs shall be reimbursed under these general implementing provisions by the institution.

2. The institution may, at the request of the insured person and after consulting the doctor appointed by the institution, reimburse travel expenses where it appears necessary for the insured person to be treated, spend his period of convalescence, or take a cure in a country other than the official's country of employment.

Such travel expenses shall be reimbursed in accordance with the third paragraph of Article 24 of Annex X to the Staff Regulations (repatriation on health grounds).

3. Insofar as these expenses are not borne in accordance with Article 75 of the Staff Regulations, the costs involved in transporting the deceased insured person's body from the place where death occurs to his place of origin shall be reimbursed.

#### Article 10

Where an insured person dies as a result of an accident, the institution shall pay the lump sum specified in Article 12 to the person whom the insured person has designated for this purpose or, failing this, to those entitled under the insured person in accordance with the provisions of the succession law applicable to the insured person's estate.

Where the insured person is found to be alive after all or part of this lump sum has been paid to those entitled in the case referred to in the last indent of Article 3, all sums paid shall be reimbursed by those entitled under him. Special arrangements may be made to effect such reimbursement.

Where, following payment of the lump sum provided for in the case of total or partial permanent Invalidity, the Insured person dies, as a result of the same accident, the lump sum referred to in this Article shall be payable only insofar as it exceeds the lump sum already paid in respect of the invalidity.

#### Article 11

Where an insured person sustains total permanent Invalidity as a result of an accident, he shall be paid the lump sum provided for in Article 12.

#### Article 12

The amount of the lump sum provided for in Articles 10 and 11 shall be determined in accordance with the basic annual salary of an official on grade A5, step 4 ("the salary"). In the event of death, the lump sum shall be equivalent to one such salary. In the event of total permanent invalidity, it shall be equivalent to 1,25 times that salary.

#### Article 13

Where an insured person sustains partial permanent invalidity as a result of an accident, the lump sum shall be calculated on the basis of the rates laid down in the invalidity scale annexed to the Rules on the Insurance of Officials of the European Communities against the risk of Accident and of Occupational Disease, as a percentage of the lump sum specified for total permanent invalidity.

#### Article 14

Where the insured person so requests, an annuity may be substituted for the payments provided for in Articles 10, 11 and 13.

That request must be made within three months following notification of the amount of the lump sum provided for in Articles 10, 11 or 13.

#### Article 15

After consulting the doctor of the institution or the Medical Committee referred to in Article 23 (hereinafter "the Medical Committee"), the insured person shall be granted an allowance in respect of any injury or permanent disfigurement which, although not affecting his capacity for work, constitutes a physical defect and has an adverse effect on his social relations.

This allowance shall be determined by analogy with the rates laid down in the invalidity scale referred to in Article 13. Where disfigurement results from an anatomical functional lesion the abovementioned rates shall be increased accordingly.

#### Article 16

Where, as a result of an accident, the insured person is incapacitated to such an extent that he cannot do without the permanent assistance of another person, the institution may, after consulting the doctor of the institution or the Medical Committee, grant him a monthly flat-rate allowance.

The decision to grant such an allowance shall be subject to review at intervals of not more than three years, to be determined by the institution.

### CHAPTER III

#### PROCEDURE

#### Article 17

1. Where an insured person sustains an accident, the official shall forward to the institution the insured person's report concerning the circumstances of the accident.

Where it is impossible for the insured person to report the accident, this may be done by any member of his family or any other person with knowledge of the facts.

The report of the accident must state particulars on the date and time, the causes and the circumstances of the accident and also the names of witnesses and of any third party which may be liable. A medical certificate must be annexed, specifying the nature of the injuries and the probable consequences of the accident.

2. Except in cases of force majeure or for any other lawful reason, the report shall be submitted not later than 30 working days following the date on which the accident occurred.

3. The institution may hold an enquiry.

#### Article 18

The institution may obtain any expert medical opinion necessary for the implementation of these Rules.

#### Article 19

Decisions recognizing the accidental cause of an occurrence and assessing the degree of permanent invalidity shall be taken by the institution in accordance with the procedure laid down in Article 21:

- on the basis of the findings of the doctor of the institution; and
- where the insured person so requests, after consulting the Medical Committee referred to in Article 23.

#### Article 20

The decision defining the degree of invalidity shall be taken after the insured person's injuries have consolidated. To this end, a medical report stating that the insured person has recovered or that his condition has stabilized and setting out the nature of his injuries must be sent to the institution.

Where it is impossible to define the degree of invalidity after medical treatment is terminated the findings of the doctor or, where appropriate, the report of the Medical Committee must specify a deadline for reviewing the insured person's case.

Where the degree of invalidity is considered to amount to at least 20%, the institution shall grant a provisional allowance corresponding to the undisputed proportion of the permanent invalidity rate. That allowance shall be set off against the final benefits.

#### Article 21

Before taking a decision pursuant to Article 19, the institution shall notify the insured person or those entitled under him of the draft decision and of the findings of the doctor of the institution. The insured person or those entitled under him may request that the full medical report be communicated to a doctor of his choice.

Within a period of 60 working days the insured person or those entitled under him may also request that the Medical Committee deliver its opinion.

Where, on expiry of this period, no request has been made for consultation of the Medical Committee, the institution shall take a decision in accordance with the draft previously supplied.

## Article 22

The insured person may at any time submit a statement concerning the aggravation of his injuries or invalidity, accompanied by a report from his regular doctor.

Where such aggravation is confirmed by the doctor of the institution, the latter shall decide on the matter in accordance with the procedure laid down in Articles 19 and 21 .

## Article 23

1. The Medical Committee shall consist of three doctors:

- one appointed by the institution;
- one appointed by the insured person;
- one appointed by agreement between the first two doctors.

Where agreement cannot be reached on the appointment of the third doctor within a period of 90 days following appointment of the second doctor, the President of the Court of Justice of the European Communities shall appoint the third doctor at the request of either party.

On completing its proceedings, the Medical Committee shall set out its opinion in a report to be communicated to the institution and to the insured person.

2. Expenses incurred in connection with the proceedings of the Medical Committee shall be borne by the institution. As a general rule the Medical Committee shall meet at the seat of the institution where the draft decision provided for in Article 21 sets the degree of invalidity at less than 7%.

Where the draft decision provided for in Article 21 sets a degree of invalidity of 7% or more, the Medical Committee shall meet at a place to be agreed between the doctor taking into account any need for a medical examination of the insured person.

Where the opinion of the Medical Committee is in accordance with the draft decision provided for in Article 21 , the insured person shall pay the fee and incidental expenses of the doctor chosen by them and half of the fee and incidental expenses of the third doctor, whilst the remainder shall be paid by the institution.

However, the institution shall in any event bear the travel expenses of the doctors and of the insured person, if his medical examination cannot await his usual return to Europe, by air in economy class or by rail in first class. If necessary, the travel expenses of an adult accompanying an insured person may be reimbursed after consulting the doctor of the institution. Furthermore, in exceptional cases and by an ad hoc decision of the institution taken after consulting the doctor of the institution, all the expenses referred to in the . previous subparagraphs may be borne by the institution.

#### Article 24

1. In cases other than those referred to in Rule 19, where a decision must be taken after consulting the doctor appointed by the institution, the latter shall, before taking such a decision, notify the insured person or those entitled under him of the draft decision and also of the findings of the doctor of the institution. Within a period of 60 working days the insured person or those entitled under him may request consultation of another doctor, to be chosen by agreement between the doctor of the institution and the doctor appointed by the insured person or those entitled under him. If, on the expiry of that period, no request for such consultation has been made, the said institution shall take a decision in accordance with the draft previously notified.

The opinion of the doctor chosen by agreement shall be communicated to the institution and to the insured person.

2. The expenses incurred in consulting the doctor chosen by agreement shall be borne by the institution.

However, where the opinion of that doctor is in accordance with the draft decision of the institution, the insured person shall pay the fee and incidental expenses involved in such consultation.

### CHAPTER IV

#### SETTLEMENT OF CLAIMS AND PAYMENT OF BENEFITS

#### Article 25

Any claims accruing under these general implementing provisions shall be settled by the institution as soon as possible.

A breakdown of such settlement shall be sent to the insured person or to those entitled under him.

#### Article 26

1. The allowances referred to in Articles 10, 11 and 13 and the annuity provided for in Article 14 shall be payable at the option of their recipient in the currency of the country of which he is a national or his country of residence or the country where the institution has its seat.

Where neither of the first two of these countries is a Community Member State, the benefits shall be paid in the currency of the country where the abovementioned institution has its seat.

2. Where the allowance is paid in a currency other than Belgian francs it shall be calculated on the basis of the Commission's accounting rate prevailing on the day of the decision.



CHAPTER V  
FINAL PROVISIONS

Article 27

Decisions taken under these general implementing provisions may be the subject of a complaint by the insured person or by the official who represents him, or by any person entitled to the benefits, other than the insured person, in accordance with Article 90 of the Staff Regulations, and of an appeal to the Court of First Instance of the European Communities under the conditions laid down in Treaties establishing the Communities and in Article 91 of the Staff Regulations.

Article 28

The Staff Regulations Committee shall consider the application of these general implementing provisions at regular intervals.

Article 29

This Decision shall take effect on 1 January 1995.

Kolmanteen maahan komennuksella olevan Euroopan unionin virkamiehen puolison, lasten ja muiden huollettavien vakuutusturvaa koskevat yleiset täytäntöönpanomääräykset

EUROOPAN KOMISSIO, joka

ottaa huomioon Euroopan yhteisöjen henkilöstösääntöjen, erityisesti sen 3 artiklan kolmannen kohdan,

on kuullut henkilöstökomiteaa,

ottaa huomioon henkilöstösääntökomitean lausunnon

katsoo, että henkilöstösäännösten liitteessä X olevan 25 artiklan pääpiirteittäin määrätyn tapaturmavakuutusjärjestelmän käyttöönotto vaatii yleisten täytäntöönpanosäädösten hyväksymistä,

ON PÄÄTTÄNYT SEURAAVAA.

## LUKU 1

### YLEISET MÄÄRÄYKSET

#### 1 artikla

1. Näissä yleisissä määräyksissä vahvistetaan, Euroopan yhteisöjen virkamiesten henkilöstösäännösten liitteessä X olevan 25 artiklan mukaisesti, ehdot, joiden mukaan kolmannessa maassa asuvan virkamiehen puoliso, hänen huollettavina olevat lapsensa ja muut henkilöstösäännösten liitteessä VII olevan 2 artiklan 2 kohdan ja 2 artiklan 4 kohdan mukaisesti häneen riippuvuussuhteessa olevat henkilöt on vakuutettu yhteisön ulkopuolella sattuvia tapaturmia vastaan.

2. Näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten soveltamiseksi vakuutettua voi edustaa henkilö, jonka hän nimeää tähän tarkoitukseen tai kuka tahansa muu henkilö, jolla on laillinen tai sopimuksellinen edustavalta (nimenkirjoitusoikeus).

#### 2 artikla

Vakuutus kattaa tapaturmat yhteisön jäsenvaltion Euroopan alueella tai matkan aikana yhteisön jäsenvaltion alueelta työntekomaahan tai päinvastoin.

#### 3 artikla

1. Tapaturmalla tarkoitetaan sellaista äkillistä, väkivaltaista tai epänormaalia tapahtumaa tai ulkoista tekijää, joka vaikuttaa haitallisesti vakuutetun ruumiilliseen tai henkiseen terveyteen.

2. Seuraavia voidaan muun muassa pitää tapaturmina:

hukkuminen, myrkytys

tulehdukset, sairaudet ja vammat ja kaikki muut eläinten puremien tai hyönteisten pistojen seuraukset;

palovammat;

altistuminen kylmälle, paleltumiselle, auringonsäteilylle ja kaikille muille tapaturmasta johtuville kuuman tai kylmän seurauksille;

ponnistuksesta johtuvat lihasten tai jänteiden vääntymät, repeämät tai revähtymät;

vakuutetun selittämätön katoaminen. Vuoden kuluttua ja katoamisen syiden tutkimisen jälkeen vakuutettu oletetaan kuolleeksi, ellei ole perusteita otaksua kuoleman johtuvan muusta kuin tapaturmasta.

4 artikla

Vakuutus ei kata tapaturmia, jos ne johtuvat seuraavista syistä:

- (a) tahallinen osallistuminen tappeluun;
- (b) - selvästi holtittomat teot;  
osallistuminen moottoriajoneuvolla urheilukilpailuihin, kilpa-ajoihin ja virallisiin karsintakilpailuihin;  
vaarallisiksi katsottavien urheilulajien kuten nyrkkeilyn, karaten, laskuvarjohypyyn, luolantutkimuksen, vedenalaisen kalastuksen ja hengityslaitteiden avulla tapahtuvan tutkimuksen mukaanlukien ilma- tai happisäiliöt harrastaminen;
- (c) vuorikiipeily tallatun polun ulkopuolella muulloin kuin hätätilanteessa;
- (d) huvipurjehdus yli viiden merimailin päässä rannikosta;
- (e) myrkytys tai sellaisten huumeiden käyttö, joita lääkäri ei ole määrännyt, paitsi erehdyksessä;
- (f) sotilasaseiden tai ammusten tarkoituksellinen käyttö, paitsi hätätilanteessa.

5 artikla

1. Jäljempänä määrättyjä vakuutussummia ei makseta, mikäli vakuutettu on tahallaan aiheuttanut tapaturman.

Vakuutussummaa ei makseta vakuutuksen edunsaajalle silloin, kun edunsaaja on tahallisesti aiheuttanut vakuutetun kuoleman.

2. Seuraavia pidetään kuitenkin tapaturmina:

ruumiilliset tai henkiset vammat, jotka ovat syntyneet hätätilanteessa tai itsepuolustukseksi tai pelastettaessa ihmishenkiä tai omaisuutta;

vakuutetun henkeen kohdistuneet hyökkäykset tai murhayritykset myös lakkojen ja levottomuuksien aikana, ellei osoiteta, että vakuutettu on osallistunut omasta vapaasta tahdostaan väkivaltaisuuteen, missä hän loukkaantui, paitsi itsepuolustukseksi;

itsemurha tai itsemurhayritys vakuutetun mielentasapainon järkytyessä tai tahaton silpominen tai vammat.

## 6 artikla

Näissä yleisissä täytäntöönpanomääräyksissä määrätyt vakuutussummat maksetaan edunsaajalle vain sillä ehdolla, että tämä tai hänen edustajansa tulee yhteisön oikeuksiensa ja kanteidensa sijaan vastuullista kolmatta osapuolta vastaan näiden vakuutussummien määrään asti,

Sijaantulo ei tule voimaan mikäli vastuullinen kolmas osapuoli on virkamies, josta vakuutettu on riippuvainen, virkamiehen puoliso, muu vakuutetun perheen jäsen, toinen henkilö, joka asuu hänen perheenjäsenenään, hänen työntekijänsä tai vakuutetusta riippuvaisen virkamiehen työntekijä, mikäli kolmas osapuoli on itse virkamies tai yhteisön muuhun henkilöstöön kuuluva, Edellämainittuja poikkeuksia ei kuitenkaan sovelleta, jos vastuullinen kolmas osapuoli on tehnyt tahallisen virheen,

Virkamiehen ja vakuutetun täytyy toimittaa toimielimelle kaikki käytettävissään oleva tieto tai todistusaineisto antaakseen toimielimelle mahdollisuuden ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin kolmatta osapuolta vastaan ja antaa toimielimelle kaikki välttämätön apu tähän tarkoitukseen. Sovintoratkaisun etsimiseen tai korvausvaatimuksesta luopumiseen kolmatta osapuolta vastaan täytyy saada toimielimen suostumus. Henkilöstösääntöjen 25 artiklan mukaisesti suostumuksen epäämiseen täytyy antaa perustelut

## 7 artikla

Kun vakuutettu haastaa kolmannen osapuolen oikeuteen ja myös toimielin nostaa kanteen kolmatta osapuolta vastaan tai kun he saavuttavat sovintoratkaisun tai kun vakuutettu luopuu korvausvaatimuksesta kolmatta osapuolta vastaan, vakuutetulla ja hänen oikeudenomistajillaan on etuoikeus korvausvelvollisen kolmannen osapuolen täten maksettavaksi julistettuihin summiin tämän tosiasialisesti maksamien summien määrään asti, jotka täytyy lisätä yhteisön henkilöstösäännösten liitteessä X olevan 25 artiklan mukaan maksamiin vakuutussummiin vakuutetun tai hänen oikeudenomistajiensa karsimien oikeuden vahvistamien vahinkojen hyvittämiseksi tai kuten sovintoratkaisussa on sovittu

Kun kolmas osapuoli on vain osittain korvausvelvollinen, prosenttiosuus, johon hänet on havaittu korvausvelvolliseksi määrittää sen henkilöstösäännösten perusteella maksettavan vakuutussumman osuuden, joka määrittelee sijaantulon laajuuden,

## 8 artikla

Puolet vakuutusturvan saamiseksi välttämättömästä vakuutusmaksusta maksaa virkamies ja puolet toimielin.

## II LUKU

## SUORITUKSET

### 9 artikla

1. Mikäli näitä kuluja ei voida laskuttaa suoraan henkilöstösääntöjen 72 artiklan nojalla, onnettomuuteen joutuneelle tai sairastuneelle vakuutetulle korvataan kaikki kulut, jotka ovat välttämättömiä hänen ruumiillisen tai henkisen terveytensä palauttamiseksi mahdollisimman ennalleen ja kaiken syntyneiden vammojen sekä niiden oireiden vaatiman hoidon maksamiseksi, sekä tarvittaessa niiden kulujen maksamiseksi, jotka aiheutuvat vakuutetun toiminnallisesta ja ammatillisesta kuntouttamisesta.

Jos toimielin kuitenkin pitää joitakin kuluja kohtuuttomina tai tarpeettomina, se voi nimittämänsä lääkärin tai nimittämiensä lääkäreiden neuvojen perusteella ("toimielimen lääkäri") laskea niiden määrää kohtuulliseksi arvioidulle tasolle tai kieltäytyä korvaamasta niitä.

Toimielin korvaa edellisissä alakohdissa mainitut kulut näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten perusteella.

2. Toimielin voi vakuutetun pyynnöstä ja lääkärinsä lausunnon perusteella korvata matkakuluja, jos vaikuttaa välttämättömältä, että vakuutettua hoidetaan tai hän viettää toipilasaikansa tai osallistuu hoitosarjaan muussa kuin työskentelymaassaan.

Tällaiset matkakulut korvataan henkilöstösääntöjen liitteessä X olevan 24 artiklan mukaisesti (palauttaminen kotimaahan terveydellisten syiden perusteella).

3. Mikäli näitä kuluja ei kateta henkilöstösääntöjen 75 artiklan mukaisesti, korvataan sellaiset kulut, jotka liittyvät kuolleen vakuutetun ruumiin kuljettamiseen kuolinpaikkakunnalta kotipaikkakunnalle.

### 10 artikla

Jos vakuutettu kuolee onnettomuuden seurauksena, toimielin maksaa 12 artiklassa määritellyn vakuutussumman Vakuutetun nimeämälle henkilölle, tai, muussa tapauksessa vakuutetun edunsaajille vakuutettuun sovellettavan perintölain määräysten mukaisesti.

Jos vakuutetun todetaan kuitenkin olevan elossa, ja vakuutussumma on ehditty maksaa edunsaajille kokonaan tai osittain 3 artiklan viimeisessä luetelmakohdassa mainitussa tapauksessa, on näiden palautettava kaikki suoritukset. Palauttamisen kohdalla voidaan tehdä erikoisjärjestelyjä.

Jos täyden tai osittaisen pysyvän invaliditeetin perusteella myönnetyn vakuutussumman maksamisen jälkeen vakuutettu kuolee saman onnettomuuden seurauksena, tässä artiklassa tarkoitettu vakuutussumma maksetaan vain invalideettikorvauksen ylittävältä osalta.

#### 11 artikla

Jos vakuutettu kärsii onnettomuudesta johtuvasta täydestä pysyvästä invaliditeetista, hänelle maksetaan 12 artiklassa määrätty vakuutussumma.

#### 12 artikla

10 ja 11 artiklassa säädetyn vakuutussumman suuruus määräytyy palkkaluokan A5 tason 4 perusvuosipalkan ('palkka') mukaisesti. Kuolemantapauksessa vakuutussumma vastaa tätä palkkaa, täyden pysyvän invaliditeetin tapauksessa 1,25-kertaisesti.

#### 13 artikla

Jos vakuutettu kärsii onnettomuudesta johtuvasta osittaisesta pysyvästä invaliditeetista, kertakorvauksen suuruus lasketaan Euroopan unionin virkamiesten vakuutusuojaa onnettomuuksien ja ammattitautien varalta koskevan sääntelyn liitteenä olevassa invaliditeettitaulukossa määriteltyjen taksojen perusteella, prosenttiosuutena täyden pysyvän invaliditeetin vakuutussummasta.

#### 14 artikla

Jos vakuutettu niin haluaa, 10, 11 ja 13 artiklassa määrätty maksut voidaan korvata elinkorolla.

Tätä koskeva pyyntö on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa virallisesta ilmoituksesta 10, 11 ja 13 artikloissa määrätyn kertakorvauksen suuruudesta.

#### 15 artikla

Neuvoteltuaan toimielimen lääkärin sekä 23 artiklassa mainitun lääketieteellisen lautakunnan ('lääketieteellinen lautakunta') lausunnon perusteella vakuutetulle myönnetään avustus sellaisten vammojen tai pysyvien ulkonäköhäitöiden perusteella, jotka muodostavat fyysisen vian ja haittaavat hänen sosiaalisia suhteitaan.

Avustuksen suuruus määritellään vastaavalla tavalla niiden invaliditeettitaulukossa määriteltyjen taksojen kanssa, joihin viitattiin 13 artiklassa. Jos ulkonäköhäitö aiheutuu anatomisesta toiminnallisesta vammasta, edellä mainittuja taksoja korotetaan vastaavasti.

#### 16 artikla

Jos vakuutettu onnettomuuden seurauksena vammautuu siinä määrin, että hän ei tule toimeen ilman toisen henkilön jatkuvaa apua, toimitelin voi neuvoteltuaan oman lääkäriinsä tai lääketieteellisen lautakunnan lääkärin kanssa myöntää hänelle kiinteän kuukausiavustuksen.

Päätös tämän avustuksen jatkamisesta tehdään toimitelimen määräämin väliajoin, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein.

### III LUKU

#### MENETTELY

##### 17 artikla

1. Onnettomuustapauksessa virkamies tekee toimitelmelle ilmoituksen onnettomuusolosuhteista.

Jos vakuutettu ei voi tätä ilmoitusta tehdä, sen voi tehdä kuka tahansa perheen jäsen tai muu asiat tunteva henkilö.

Vahinkoilmoituksesta on käytävä seikkaperäisesti ilmi päivä ja kellonaika, onnettomuuden syyt ja olosuhteet, samoin kuin silminnäkijöiden nimet ja mahdollisen onnettomuuden aiheuttaneen kolmen osapuolen nimi. Mukaan on liitettävä lääkärintodistus, josta käy ilmi vammojen laatu ja onnettomuuden arvioidut seurausvaikutukset.

2. Ellei ole ylivoimaista tai muuta laillista estettä, ilmoitus on tehtävä kolmenkymmenen arkipäivän kuluessa onnettomuuspäivästä.

3. Toimitelin voi käynnistää tutkimukset.

##### 18 artikla

Toimitelin voi käyttää kaikkea tarvittavaa lääketieteellistä asiantuntemusta näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten soveltamiseksi.

##### 19 artikla



Toimielin perustaa tapahtuman onnettomuudeksi tunnustamisen ja pysyvän invaliditeettiasteen määrittelymisen 21 artiklassa määrättyyn menettelyyn.  
- toimielimen lääkärin johtopäätösten pohjalta  
- vakuutetun niin pyytäessä, 23 artiklan edellyttämän lääketieteellisen lautakunnan lausunnon pohjalta

#### 20 artikla

Invaliditeettiasteen määrittelypäätös tehdään vakuutetun vammojen tultua todetuiksi. Tätä tarkoitusta varten toimielimelle luovutetaan lääkärinlausunto, jossa vakuutetun tilan paraneminen tai vammojen pysyvyys todetaan.

Jos lääkärin hoidon päättyessä invaliditeettia ei voida lopullisesti määrittellä, lääkärin tai tarvittaessa lääketieteellisen lautakunnan lausunnon on käytävä ilmi, koska vakuutettu on viimeistään tutkittava uudelleen.

Jos invaliditeettiasteeksi katsotaan muodostuvan vähintään 20 prosenttia, toimielin myöntää korvauksen, joka vastaa pysyvän invaliditeetti-prosentin kiistatonta osaa. Tämä korvaus vähennetään lopullisesta korvauksesta.

#### 21 artikla

Ennen kuin 19 artiklan nojalla voidaan tehdä päätöksiä, toimielin välittää vakuutetulle päätösluonnoksen, johon liitetään toimielimen lääkärin lausunto. Vakuutettu voi pyytää lausunnon lähettämistä kokonaisuudessaan valitsemalleen lääkärille.

Vakuutettu voi myös kuudenkymmenen arkipäivän kuluessa pyytää lääketieteelliseltä lautakunnalta lausuntoa.

Jos tämän määräajan kuluessa lääketieteellisen lautakunnan puoleen ei ole käännytty, toimielin vahvistaa päätösluonnoksen.

#### 22 artikla

Vakuutettu voi vammojen tai invaliditeetin pahentuessa tehdä ilmoituksen, johon on liitettävä hoitavan lääkärin lausunnon.

Jos toimielimen lääkäri vahvistaa pahentumisen, toimielin tekee päätöksen 19 ja 21 artikloissa säädetyn menettelyn mukaisesti.

#### 23 artikla

Lääketieteelliseen lautakuntaan kuuluu kolme nimettyä lääkäriä:

- yksi toimitilimen nimeämänä
- yksi vakuutetun nimeämänä
- yksi näiden lääkäreiden yhteisesti valitsemana

Jos kolmannelta lääkäriltä ei synny yhteisymmärrystä kolmessa kuukaudessa, hänet nimeää Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen presidentti jomman kumman osapuolen aloitteesta.

Lääketieteellisen lautakunnan työn tuloksena syntyy johtopäätökset sisältävä kertomus, joka luovutetaan sekä toimitilimelle että vakuutetulle.

2. Toimitilin maksaa lääketieteellisen lautakunnan kulut. Lautakunta kokoontuu yleensä toimitilin päätoimipaikassa, silloin kun 21 artiklassa määrättyssä päätösluonnoksessa määritellään invaliditeettiaste alle 7 prosentiksi.

Kun 21 artiklan säätämässä päätösluonnoksessa määritellään invaliditeettiaste vähintään 7 prosentiksi, jäsenet sopivat yhteisesti kokoontumispaikan sekä ottavat huomioon, että vakuutetun on mahdollisesti tultava lääkärin tarkastukseen.

Jos lautakunnan lausunto on 21 artiklassa määrätyn päätösluonnoksen mukainen, vakuutetun on itse maksettava valitsemansa lääkärin palkkiot ja kulut sekä puolet kolmannen lääkärin palkkioista ja kuluista, toimitilin maksaa loput.

Kuitenkin, mikäli lääkärintarkastusta ei voida suorittaa vakuutetun palattua Eurooppaan, toimitilin maksaa lääkärin ja vakuutetun lentomatkat turistiluokassa ja junamatkat ensimmäisessä luokassa. Vakuutettua saattamaan tarvittavan aikuisen matkakulut voidaan maksaa toimitilimen lääkärin puoltaessa. Muutoin, erityistapauksissa tai toimitilin lääkärinsä lausunnon perusteella tehdyn erityispäätöksen nojalla toimitilin voi maksaa kaikki edellisissä kohdissa mainitut kustannukset

#### 24 artikla

1. Muissa kuin 19 artiklassa tarkoitetuissa tapauksissa, jolloin toimitilimen valitseman lääkärin lausunnon pohjalta on tehtävä päätös, toimitilin voi ennen päätöstä esittää vakuutetulle luonnoksen, jonka liitteenä on sen lääkärin lausunto. Vakuutettu voi kuudenkymmenen arkipäivän kuluessa pyytää toisen lääkärin tarkastusta, joka valitaan toimitilimen lääkärin ja vakuutetun valitseman lääkärin yhteisen sopimuksen pohjalta. Jos määräajan kuluessa tarkastuspyyntöä ei ole esitetty, toimitilin vahvistaa luonnoksen mukaisen päätöksen.

Yhteisellä sopimuksella valitun lääkärin lausunto välitetään toimitilimelle ja vakuutetulle.

2. Yhteisellä sopimuksella valitun lääkärin kulut maksaa toimitilin.

Kuitenkin, jos tämä lääkärin lausunto on toimielimen päätösluonnoksen mukainen, vakuutettu maksaa tämän tarkastuksen aiheuttamat lisäpalkkiot ja -kulut.

## LUKU IV

### KORVAUSTEN SUORITTAMINEN

#### 25 artikla

Toimielimen tulee suorittaa mahdollisimman nopeasti näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten nojalla lankeavat korvaukset.

Tilitys suorittamisesta annetaan vakuutetulle tai edunsaajille.

#### 26 artikla

1. Edellä 10,11 ja 13 artiklassa tarkoitetut korvaukset samoin kuin 14 artiklassa säädetty elinkorko maksetaan edunsaajan valinnan mukaan joko hänen oman maansa tai oleskelumaansa tai toimielimen kotimaan valuutassa. Jos jompikumpi edellisistä ei ole Euroopan unionin jäsenvaltio, korvaukset maksetaan toimielimen kotimaan valuutassa.

2. Muussa valuutassa kuin Belgian frangeina maksettavaan korvaukseen sovelletaan komission päätöksentekohetkellä voimassa ollutta kurssia.

## V LUKU

### LOPPUMÄÄRÄYKSET

#### 27 artikla

Näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten soveltamispäätöksistä vakuutettu tai häntä edustava virkamies, tai kuka tahansa muukin edunsaaja voi tehdä henkilöstösääntöjen 90 artiklan nojalla valituksen tai kääntyä perustamissopimusten ja henkilöstösääntöjen 91 artiklan mukaisesti Euroopan yhteisöjen ensimmäisen asteen tuomioistuimen puoleen.

#### 28 artikla

Henkilöstösääntökomiteassa käsitellään säännöllisesti näiden yleisten täytäntöönpanosäädösten soveltamista.

29 artikla

Päätös astuu voimaan

Allmänna genomförandebestämmelser för olycksfallsförsäkringar för maka, barn samt andra underhållsberättigade till tjänstemän inom Europeiska gemenskaperna som tjänstgör i tredje land

EUROPEISKA KOMMISSIONEN HAR BESLUTAT FÖLJANDE

med beaktande av bilaga 10 i tjänsteföreskrifterna för Europeiska gemenskapernas tjänstemän, särskilt artikel I tredje stycket i denna,

efter att ha hört Personalkommittén,

med beaktande av yttrandet från kommittén för tjänsteföreskrifterna, och

med beaktande av följande:

Genomförandet av den olycksfallsförsäkring som inrättas genom artikel 25 i bilaga 10 till tjänsteföreskrifterna - där dess huvudsakliga egenskaper också beskrivs - kräver att allmänna genomförandebestämmelser antas.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

## KAPITEL 1

### ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

#### Artikel 1

1. Genom dessa allmänna genomförandebestämmelser fastställs, i enlighet med artikel 25 i bilaga 10 till tjänsteföreskrifterna, de villkor under vilka maka, underhållsberättigade barn och andra underhållsberättigade till tjänstemän som tjänstgör i tredje land är försäkrade mot olyckor som inträffar där inom ramen för artikel 2.2 och 2.4 i bilaga 7 till tjänsteföreskrifterna.

2. Vid tillämpning av dessa allmänna genomförandebestämmelser kan den försäkrade låta sig företrädas av en person som är enligt lag eller genom avtal bemyndigad därtill (i egenskap av juridiskt ombud).

#### Artikel 2

Försäkringen skall täcka olyckor som inträffar utanför medlemsstaternas inomeuropeiska territorier eller under resa från en medlemsstats territorium till tjänstgöringslandet eller vice versa.

### Artikel 3

1. Med olycka avses varje händelse eller yttre faktor av plötslig, våldsam eller icke-normal art och som på negativt sätt påverkar den försäkrades fysiska eller psykiska hälsa.

2. Bland annat följande händelser skall anses som olyckor:

Drunkning; förgiftning.

Infektioner, sjukdomar, sår och andra följder av bett från djur eller insektsbett.

Brännskador.

Följder av nedkylning, förfrysning, solsting och varje annan påverkan av kyla eller hetta som uppstått genom olycka.

Vrickningar och stukningar, sönderslitningar, laceration, muskelbristningar eller seninflammationer som uppstått genom ansträngning.

Den försäkrades oförklarliga försvinnande, i fall då personen efter att ett år har gått och efter att försvinnandet varit föremål för en undersökning, förklaras död. Detta med undantag för fall där det finns anledning att anta att döden inte föranletts av en olycka.

### Artikel 4

Olycksfall skall inte täckas av försäkringen om de föranletts av

- a) frivillig inblandning i handeemänp.
- b) - uppenbart vårdslösa handlingar;  
deltagande i idrottstävlingar och hastighetskörningar eller offentliga försök och experiment med motorfordon,  
utövande av idrotter som kan betraktas som farliga, såsom boxning, karate, fallskärms hoppning, grottforskning, undervattensfiske och dykning med utrustning som innefattar tuber avsedda för luft eller syrgas,
- c) klättring på klipp- och bergstoppar, annat än på utstakade klättringsstigar eller i nödsituationer,
- d) fritidssegling längre ut från kust än fem sjömil,
- e) berusning eller bruk av narkotiska preparat som ej skrivits ut av läkare, i fall då de ej intagits av misstag,
- f) användning av militära vapen eller ammunition, annat än i nödvärn.

## Artikel 5

1. Följande ersättningar skall inte betalas ut i fall då olyckor orsakas avsiktligt av den försäkrade.

Ingen ersättning skall betalas ut till en försäkrad person om denne avsiktligt orsakat en medförsäkrads död.

2. Följande skall dock betraktas som olyckor enligt dessa bestämmelser:

Fysiska och psykiska skador som uppstått i nödsituation, självförsvar eller då den försäkrade försökt skydda liv eller egendom.

Följder av angepp eller försök att bringa den försäkrade om livet. Detta gäller även i fall av strejker och oroligheter, utom om det kan bevisas att den försäkrade - annat än i självförsvar - frivilligt deltagit i de våldshandlingar under vilka han skadats.

Själv mord eller självmordsförsök som begås då den försäkrade inte är vid sina sinnens fulla bruk, samt icke avsiktligt orsakande av kroppsskador.

## Artikel 6

De ersättningar som avses i dessa allmänna genomförandebestämmelser skall utbetalas till en mottagare endast om denne, eller dennes ombud, bemyndigar gemenskapen att föra hans talan mot varje ansvarig tredje part vad gäller ersättningsbeloppen i fråga.

Ett sådant bemyndigande skall dock inte komma i fråga om den ansvariga tredje parten är den tjänsteman till vilken den försäkrade personen är knuten eller dennes maka, någon annan medlem av den försäkrades familj, en person som är anställd av den försäkrade eller av tjänstemannen till vilken den försäkrade är knuten eller om den ansvariga tredje parten är en tjänsteman eller annan anställd inom gemenskapens institutioner. Dessa undantag skall dock inte tillämpas om den ansvariga tredje parten begått fel avsiktligt.

Tjänstemannen och den försäkrade skall delge institutionen all information eller bevisning de har tillgång till för att i förekommande fall möjliggöra att åtgärder vidtas mot den ansvariga tredje parten samt ge institutionen den hjälp som krävs för detta ändamål. Institutionen måste ge sitt samtycke till en uppgörelse i godo om det belopp som den ansvariga tredje parten skall betala. Enligt artikel 25 i tjänsteföreskrifterna måste motivering ges i fall då uppgörelse i godo avslås.



## Artikel 7

I fall då den försäkrade inleder talan mot den tredje parten och institutionen också vidtar åtgärder mot denne, eller då de uppnår en uppgörelse i godo med den tredje parten, skall den försäkrade skall ha ett första anspråk på de belopp som skall betalas av den ansvariga tredje parten till den grad att den del av summorna som verkligen betalas av den senare, vilken måste läggas till de ersättningar som gemenskapen svarar för enligt artikel 25 i bilaga 10 till tjänsteföreskrifterna för att gottgöra den skada som den försäkrade lidit enligt den domstol inför vilken målet togs upp eller enligt vad som gjorts upp i godo.

När den tredje parten endast delvis är ansvarig skall den procentsats till vilken ansvarsgraden är fastställd avgöra vilken andel av ersättningen som skall falla under institutionen enligt tjänsteföreskrifterna.

## Artikel 8

Hälften av den premie som krävs för att ge skyddet skall betalas av tjänstemannen och hälften av institutionen.

## KAPITEL 2

### ERSÄTTNINGAR

## Artikel 9

1. I den mån dessa utgifter enligt artikel 72 i tjänsteföreskrifterna inte kan betalas ut direkt skall en försäkrad som utsatts för en olycka eller sjukdom få ersättning för de kostnader som krävts för att så fullständigt som möjligt återställa hans fysiska och psykiska hälsa och betala för all vård och behandling som krävts till följd av skador och andra symptom samt, i förekommande fall, för att rehabilitera den försäkrade i vardags- och yrkeslivet.

Om institutionen emellertid finner vissa utgifter orimliga eller onödiga kan den, efter rådfrågning av de läkare den utsett ("institutionens läkare"), skriva ned dessa utgifter till en nivå som den finne rimlig eller, där så krävs, helt avböja att ge ersättning för dem.

Ersättning för de utgifter som avses ovan skall utbetalas av institutionen i enlighet med dessa genomförandebestämmelser.

2. Institutionen kan, på den försäkrades begäran och efter att ha rådfrågat den läkare som utsetts av institutionen, ge ersättning för reskostnader om detta anses nödvändigt för den försäkrades behandling eller under dennes konvalescens eller om det är lämpligt att personen undergår kur i ett annat land än tjänstgöringslandet.

Sådana reskostnader skall ersättas i enlighet med artikel 24 tredje stycket i bilaga 10 till tjänsteföreskrifterna (hemresa av hälsoskäl).

3. I den mån dessa utgifter inte skall bäras enligt artikel 75 i tjänsteföreskrifterna skall kostnader för att frakta den avlidnes kropp till hans ursprungsort vid dödsfall ersättas.

## Artikel 10

Om en försäkrad person avlider till följd av ett olycksfall, skall institutionen betala ut den engångsersättning som anges i artikel 12 till den person som den försäkrade utsett för detta ändamål, eller, om så inte är möjligt, till den försäkrades arvtagare enligt den arvslagstiftning som gäller för den försäkrades egendom.

Om den försäkrade visar sig vara vid liv efter det att denna engångsersättning helt eller delvis betalats ut till arvingarna i det fall som avses i artikel 3, sista stycket, skall alla belopp som betalats ut återbetalas av den försäkrades arvingar. Särskilda överenskommelser kan ingås för att verkställa sådana återbetalningar.

Om den försäkrade, efter utbetalning av den engångsersättning som gäller vid total eller delvis invaliditet, avlider till följd av samma olycksfall, skall den engångsersättning som avses i föreliggande artikel endast utbetalas i den mån som den överskrider den redan utbetalda engångsersättningen för invaliditet.

## Artikel II

Om en försäkrad person ådrar sig fullständig permanent invaliditet till följd av ett olycksfall, skall han eller hon erhålla den engångsersättning som avses i artikel 12.

## Artikel 12

Beloppet av den engångsersättning som avses i artiklarna 10 och 11 skall fastläggas i enlighet med den årliga grundlönen för en tjänsteman i lönegrad A5, klass 4 ("lönen"). Vid dödsfall skall engångsersättningen uppgå till en sådan lön. Vid fullständig permanent invaliditet skall engångsersättningen uppgå till 1,25 gånger denna lön.

## Artikel 13

Om en försäkrad person ådrar sig delvis invaliditet till följd av ett olycksfall, skall engångsersättningen beräknas på grundval av de belopp som fastlagts i invaliditetsskalan som ingår som bilaga i reglerna för Europeiska gemenskapernas tjänstemäns sjuk- och olycksfallsförsäkring, som procentuell andel av den engångsersättning som fastlagts för fullständig permanent invaliditet.

## Artikel 14

Om den försäkrade så önskar, kan de betalningar som avses i artiklar 10, 11 och 13 ersättas med ett årligt underhåll.

En sådan begäran skall göras inom tre månader efter meddelande om summan av den engångsersättning som avses i artiklar 10, 11 eller 13.

## Artikel 15

Efter att ha inhämtat råd av institutionsläkaren eller den medicinska kommitté som avses i artikel 23 (som i det följande kommer att benämnas "den medicinska kommittén") skall den försäkrade erhålla underhåll för varje form av skada eller permanent vanställande som utgör ett fysiskt handikapp och inverkar menligt på den försäkrades sociala liv, även om den försäkrades arbetsförmåga inte inskränks.

Underhållets storlek skall fastställas i analogi med de belopp som fastlagts i den invaliditetsskala som avses i artikel 13. Om vanställandet är resultatet av en anatomisk funktionell organskada skall ovan nämnda belopp höjas i enlighet därmed.

## Artikel 16

Om den försäkrade genom olycksfall handikappas så allvarligt att han eller hon blir beroende av en annan persons permanenta hjälp, kan institutionen, efter att ha rådgjort med institutionsläkaren eller den medicinska kommittén, besluta att varje månad utbetala ett underhåll till ett enhetsbelopp.

Beslutet att utbetala ett sådant underhåll skall prövas på nytt minst vart tredje år. Frekvensen för förnyad prövning skall bestämmas av institutionen.

## KAPITEL III

### FÖRFARANDE

#### artikel 17

1. Om en försäkrad person råkar ut för ett olycksfall, skall tjänstemannen vidarebefordra den försäkrades redogörelse för omständigheterna kring olycksfallet till institutionen.

Om den försäkrade inte är i stånd att redogöra för olycksfallet kan detta utföras av en anhörig eller annan person med kännedom om händelseförloppet.

Redogörelsen för olycksfallet skall omfatta detaljerade angivelser av datum och tidpunkt för olycksfallet, dess orsaker och omständigheter samt namn på vittnen och eventuell ansvarig tredje part. Ett läkarintyg som närmare beskriver skadornas art och olycksfallets sannolika följder skall bifogas.

2. Förutom om force majeure eller andra laga skäl föreligger, skall redogörelsen lämnas in senast 30 arbetsdagar efter olycksfallet.

3. Institutionen kan företa en utredning,

## Artikel 18

Institutionen kan anlita den medicinska expertis som krävs för utförandet av dessa bestämmelser.

### Artikel 19

Institutionen skall besluta om erkännande av ett olycksfall och bedöma graden av permanent invaliditet i enlighet med det förfarande som beskrivs i artikel 21:

på grundval av institutionsläkarens observationer, och

om den försäkrade så önskar, efter att ha rådgjort med den medicinska kommittén som nämns i artikel 23.

### Artikel 20

Beslutet om invaliditetsgraden skall fattas när den försäkrades tillstånd har stabiliserats med hänsyn till hans eller hennes skador. För detta ändamål skall en läkarrapport som upplyser om att den försäkrade återhämtat sig eller att hans eller hennes tillstånd stabiliserat sig, och i vilken skadornas art beskrivs, skickas till institutionen.

Om det inte är möjligt att bestämma invaliditetsgraden efter avslutad läkarbehandling, skall läkarens redogörelse eller, i förekommande fall, den medicinska kommitténs rapport fastställa ett datum för förnyad prövning av den försäkrades ärende.

Om invaliditetsgraden uppskattas till minst 20%, skall institutionen betala ett tillfälligt underhåll motsvarande den obestridda andelen av beloppet för permanent invaliditet. Detta underhåll skall balanseras mot de slutliga ersättningarna.

### Artikel 21

Innan institutionen fattar sitt beslut enligt artikel 19 skall den informera den försäkrade eller dennes arvinge om utkastet till beslutet och om institutionsläkarens slutsatser. Den försäkrade eller dennes arvinge kan begära att hela läkarrapporten skickas till en utvald läkare.

Den försäkrade eller dennes arvinge kan också inom 60 dagar begära att den medicinska kommittén tar ställning till frågan.

Om ingen begäran om konsultation av den medicinska kommittén inkommit inom denna tidsrymd, skall institutionen fatta ett beslut i överensstämmelse med det utkast som meddelats tidigare.

### Artikel 22

Den skadade kan när som helst lämna in ett besked om att hans eller hennes skador eller invaliditet förvärrats, styrkt av en rapport från hans eller hennes reguljära läkare.

Om en sådan förvåning bekräftas av institutionsläkaren, skall denne besluta i frågan i enlighet med det förfarande som beskrivs i artiklar 19 och 21.

### **Artikel 23**

1. Den medicinska kommittén skall bestå av tre läkare:

en som utsetts av institutionen,

en som utsetts av den försäkrade,

en som utsetts i samråd mellan de båda första läkarna.

Om de båda första läkarna inte kan enas om valet av en tredje läkare inom 90 dagar efter det att den andra läkaren tillsattes, skall ordföranden i Europeiska gemenskapernas domstol utse den tredje läkaren på begäran av en av de båda parterna.

Efter att ha slutfört sitt förfarande skall den medicinska kommittén formulera sina synpunkter i en rapport som skall vidarebefordras till institutionen och till den försäkrade.

2. Kostnader som uppstått i samband med den medicinska kommitténs verksamhet skall täckas av institutionen. Normalt sett skall den medicinska kommittén sammanträda i institutionens säte om det beslutsutkast som avses i artikel 21 fastlägger invaliditetsgraden till mindre än 7%.

Om det beslutsutkast som avses i artikel 21 fastlägger invaliditetsgraden till 7% eller därutöver, skall den medicinska kommittén sammanträda på en plats som bestäms av läkarna med hänsyn till eventuella behov av en läkarundersökning av den försäkrade.

Om den medicinska kommitténs synpunkt överensstämmer med det beslutsutkast som avses i artikel 21, skall den försäkrade betala arvode och oförutsedda utgifter för den läkare som han eller hon utsett, samt hälften av den tredje läkarens arvode och oförutsedda utgifter. Alla övriga utgifter skall betalas av institutionen.

Institutionen skall dock i alla händelser betala de resekostnader som uppstår för läkarna och den försäkrade, om läkarundersökningen måste företas tidigare än den försäkrade normalt sett skulle ha återkommit till Europa, med flyg i ekonomiklass eller tåg i första klass. Om så är nödvändigt kan resekostnaderna för en vuxen som medföljer den försäkrade betalas, efter samråd med institutionsläkaren. Dessutom kan alla de kostnader som nämnts i de föregående subparagraferna i undantagsfall och efter beslut från fall till fall täckas av institutionen.

### **Artikel 24**

1. I andra fall än de som avses i regel 19, där ett beslut måste fattas efter konsultation av den läkare som utsetts av institutionen, skall denne innan ett sådant beslut fällt informera den försäkrade eller dennes arvinge om utkastet till beslutet och om institutionsläkarens observationer. Den försäkrade eller dennes arvinge kan inom 60 arbetsdagar begära att en annan läkare konsulteras. Denna utses i samråd mellan

institutionsläkaren och den läkare som utsetts av den försäkrade eller dennes arvinge. Om ingen begäran om sådan konsultation inkommit inom denna tidsrymd, skall institutionen besluta i enlighet med det utkast som meddelats tidigare.

De synpunkter som den i samråd valda läkaren kommer fram till, skall vidarebefordras till institutionen och till den försäkrade.

2. Kostnaderna för konsultationen av den i samråd valda läkaren täcks av institutionen.

Om denna läkares synpunkter överensstämmer med institutionens beslutsutkast skall arvodet och de oförutsedda kostnaderna för konsultationen dock betalas av den försäkrade.

## **KAPITEL IV**

### **SKADEREGLERING OCH UTBETALNING AV ERSÄTTNINGAR**

#### **Artikel 25**

Institutionen skall betala all skadereglering som uppstår i enlighet med dessa allmänna regler så snart som möjligt.

En uppställning av skaderegleringen skall skickas till den försäkrade eller dennes arvinge.

#### **Artikel 26**

1. Det understöd som avses i artiklarna 10, 11 och 13 samt det årliga underhåll som avses i artikel 14 skall på mottagarens önskan betalas ut i det lands valuta, vars nationalitet han eller hon har, eller i vilket han eller hon är bosatta, eller i vilket institutionen har sitt säte.

Om inget av de förstnämnda två länderna är en medlemsstat i Europeiska unionen, skall ersättningarna betalas i det lands valuta, i vilket ovan nämnda institution har sitt säte.

2. Om understödet betalas ut i en annan valuta än belgiska francs, skall den korrektionskoefficient som gäller den dag som beslutet fattats tillämpas.

## **KAPITEL V SLUTGILTIGA BESTÄMMELSER**

#### **Artikel 27**

Klagomål över de beslut som fattas i enlighet med dessa allmänna genomförandebestämmelser kan framföras av den försäkrade eller dennes arvinge, eller av den tjänsteman som representerar den försäkrade, eller av andra personer än den försäkrade som är berättigade till ersättningarna i enlighet med artikel 90 i tjänsteföreskrifterna. Besluten kan också överklagas i Europeiska gemenskapernas första instansrätt enligt de regler som fastlagts i gemenskapsfördragen och artikel 91 i tjänsteföreskrifterna.

Artikel 28

Kommittén för tjänsteföreskrifterna skall med jämna mellanrum på nytt pröva tillämpningen av dessa allmänna genomförandebestämmelser.

Artikel 29

Detta beslut träder i kraft den.....