

Forsikringsbetingelser for Ulykkesforsikring

i tilslutning til Lov om Forsikringsaftaler samt selskabets til enhver tid gældende vedtægter, der udleveres efter ønske.

Fællesbetingelser

1. Sikret

- 1.1 Denne police omfatter alene de personer, der er nævnt på policens forside.
- 1.2 Dog er nyfødte børn af sikrede automatisk omfattet uden merpræmie.
Dækningen træder i kraft 24 timer efter fødselstidspunktet og indtil børnenes fyldte 2. år. Dødsfaldssummen andrager kr. 25.000,-. Invaliditetssummen svarer til den højeste invaliditetssum gældende for de øvrige forsikrede. Børn under 2 år er dækket for invaliditet i forbindelse med et ulykkestilfælde, som har medført en méngrad på mindst 5%.
- 1.3 Børn ældre end 2 år er kun meddækket på policen, såfremt de er anført på policens forside med navn og cpr.nr.

2. Hvad dækker forsikringen

- 2.1 Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde.
- 2.2 Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

3. Hvor dækker forsikringen

- 3.1 Forsikringen dækker i Norden i Grønland og på Færøerne samt under rejser og ophold i indtil 12 måneder i den øvrige del af verden.

4. Hvad dækker forsikringen ikke

4.1 Manglende årsagssammenhæng.

- 4.1.1 For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.
Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen er egnet til at forårsage personskade. Det vil sige, om hændelsen i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

4.2 Sygdom m.m.

- 4.2.1 Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg (bortset fra ildebefindende eller besvimelse).
- 4.2.2 Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.
- 4.2.3 Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.
- 4.2.4 Skader på kroppen sket som følge af en overbelastning, der ikke er pludselig.
- 4.2.5 Skader, der skyldes smitte med sygdomme, vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.
- 4.2.6 Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.
- 4.2.7 Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været udsat for fare for personskader.
- 4.2.8 Følger efter tandlæge-, læge-, og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.
- 4.2.9 Skader sket i forbindelse med fødsler.

4.3 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.

- 4.3.1 Følger af ulykkestilfælde, der er fremkaldt af forsikrede med vilje eller ved grov uagtsomhed.
- 4.3.2 Følger af ulykkestilfælde, der skyldes:
1. deltagelse i slagsmål.
 2. forsikredes strafbare handlinger.
 3. selvforskyldt beruselse.
 4. selvforskyldt påvirkning af narkotika.
 5. selvforskyldt påvirkning af andre rusmidler.
 6. selvmordssforsøg.

4.4 Krig og lignende.

- 4.4.1 Ulykkestilfælde, der skyldes udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter eller bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- 4.4.2 Ulykkestilfælde, der skyldes borgerlige uroligheder, oprør, krig, jordskælv i Danmark eller deltagelse i slagsmål. Uanset forannævnte dækker forsikringen ulykkestilfælde som følge af krig uden stormagtsindblanding, oprør eller borgerlige uroligheder, der indtræffer i det land, hvori den forsikrede opholder sig på ferierejse udenfor Danmark i indtil 1 måned fra konfliktens udbrud under forudsætning af:
1. at der ikke foretages ferierejse til et land, der befinder sig i en af de ovennævnte situationer,
 2. at den forsikrede ikke selv deltager i handlingerne,
 3. at ulykkestilfældet ikke skyldes frigørelse af atomkraft.

4.5 Farlig sport.

- 4.5.1 Ulykkestilfælde indtruffet under deltagelse og træning i:
1. Professionel sport (d.v.s. sport, der udøves mod betaling).
 2. Bjergbestigning.
 3. Motocrossløb.

4.6 Ekspeditioner.

- 4.6.1 Ulykkestilfælde indtruffet under deltagelse i ekspeditioner i polaregne eller andre uciviliserede områder.

5. Forhold i skadetilfælde

- 5.1 Enhver skade skal straks anmeldes til selskabet.
- 5.2 Har ulykkestilfældet medført døden, skal dette meddeles selskabet inden 48 timer.
- 5.3 Ved dødsfald har selskabet ret til at kræve obduktion.
- 5.4 Tilskadekomne skal være under stadig behandling af læge og følge dennes forskrifter. Selskabet er berettiget til at indhente oplysninger hos enhver læge, der behandler eller har behandlet tilskadekomne og til at lade tilskadekomne undersøge af en af selskabet og skadelidte i fællesskab valgt læge.
- 5.5 Ved tandskader skal behandling og pris godkendes af selskabet, inden en behandling påbegyndes, medmindre der er tale om akut nødbehandling.
- 5.6 Selskabet betaler de af dette forlangte lægeattester.
- 5.7 Forældelse indtræder to år efter udgangen af det kalenderår, hvor forsikrede eller øvrige berettigede har fået kendskab til kravet og i alle tilfælde fem år efter, at kravet er forfaldet til betaling.

6. Forsikringens varighed og forlængelse

- 6.1 Forsikringen er tegnet for etårige perioder og kan af forsikringstageren skriftligt opsiges med 30 dages varsel til udgangen af en måned, medens forsikringen af selskabet kan opsiges med en måneds varsel til hovedforfaldsdatoen.
- 6.2 I forbindelse med forsikringstagerens opsigelse af forsikringen, til en anden dato end hovedforfaldsdatoen, er selskabet berettiget til at opkræve et gebyr.
- 6.3 Efter enhver anmeldt skade kan såvel forsikringstageren som selskabet indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller afvisning af skaden opsiges hele forsikringen med 14 dages varsel.

7. Indeksregulering af summer og præmier

- 7.1 Forsikringssummer og præmier er baseret på det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for februar måned i kalenderåret før forsikringens ikrafttræden.
- 7.2 Forsikringssummer og præmier reguleres hvert år per forfaldsdatoen i forhold til det foregående års lønindeks for februar måned.
Ved faldende reguleringspristal sker dog ingen ændring.
- 7.3 Erstatning beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse på det tidspunkt ulykkestilfældet indtraf.
- 7.4 Forsikringssummen ved dødsfald for barn/børn er ikke indeksreguleret.
- 7.5 Ophører udgivelsen af det i pkt. 7.1. nævnte indeks, er selskabet berettiget til at fortsætte indeksreguleringen på grundlag af et andet af Danmarks Statistik offentliggjort indeks.

8. Forsikringens nedsættelse og ophør på grund af alder

- 8.1 De for en sikret gældende forsikringssummer nedsættes med 1/10 årligt i 5 år fra dennes fyldte 67. år til halvdelen fra det fyldte 71. år.
- 8.2 De anførte nedsættelser gældende for pkt. 8.1 medfører ingen ændring i præmierne.
- 8.3 Omfatter forsikringen børneulykkesforsikring, ophører dækningen for det enkelte barn ved første præmieforfaldsdato efter barnets fyldte 18. år.

9. Betaling af præmie m.v.

- 9.1 Præmien med tillæg af porto opkræves over giro eller på anden måde efter aftale med forsikringstageren.
- 9.2 Giroindbetalingskort med angivelse af sidste rettidige indbetalingsdato udsendes for fornyelsespræmier i måneden før forfaldsdagen og for andre præmier, når disse forfalder.
- 9.3 Betales præmien ikke rettidigt, sender selskabet en rykker, der indeholder oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter rykkerens udsendelse.
- 9.4 Hvis forsikringen kommer under restancebehandling, er selskabet berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr, som opkræves sammen med næste fornyelsespræmie.

10. Ændring af tarif og forsikringsbetingelser

- 10.1 Hvis selskabets forsikringsbetingelser eller præmietarif væsentlig ændres, er selskabet berettiget til med 1 måneds varsel til nærmeste hovedforfaldsdato at forlange ændringen gennemført for det løbende forsikringsforhold.
- 10.2 Forsikringstageren har ret til at forlange forsikringen ophævet fra nærmeste forfaldsdato, dersom han ikke ønsker at acceptere selskabets krav om forhøjet præmie eller skærpede betingelser, mod skriftlig meddelelse herom inden 14 dage før forfaldsdatoen.
- 10.3 Indeksregulering er ikke ændring af tarif.

11. Risikoændringer

Anmeldelse skal straks tilsendes selskabet såfremt

- 11.1 En af de forsikrede, uanset årsagen, mister mere end 50% af sin arbejdsevne,
- 11.2 En af de forsikrede, uanset årsagen, pådrager sig alvorlig fysisk eller psykisk handicap eller sygdom.
- 11.3 Der sker ændring i arten af forsikredes erhverv eller beskæftigelse.
- 11.4 Såfremt børn over 2 år ønskes meddækket på policen, eller der optages børn i familien, som ønskes meddækket.
- 11.5 Der fødes eller optages børn i familien, som lider af fysiske eller psykiske handicap eller sygdom.
- 11.6 På grundlag af de anmeldte forandringer træffer selskabet bestemmelse om forsikringen kan fortsætte og i givet fald på hvilke vilkår.
- 11.7 Er forandringerne ikke anmeldt, og disse medfører en forøgelse af risikoen, hæfter selskabet kun i det omfang, det mod den betalte præmie ville have fortsat forsikringen, dersom forandringerne havde været oplyst selskabet (pro-rata erstatning). Eventuel pro-rata erstatning beregnes i forhold til den del af præmien, der vedrører den pågældende person.

Grunddækninger

12. Dødsfald

- 12.1 Når et ulykkestilfælde er den direkte årsag til forsikredes død, udbetales den for død på policen fastsatte forsikringssum.
- 12.2 Forsikringssummen udbetales til forsikredes (afdødes) nærmeste pårørende, med mindre andet skriftligt er meddelt AROS Forsikring gs. Nærmeste pårørende er ægtefælle/registreret partner subsidiært arvinger efter Arveloven.
- 12.3 Er der i anledning af ulykkestilfældet allerede udbetalt invaliditetserstatning, nedsættes dødsfaldserstatningen med det udbetalte beløb.

13. Invaliditet

- 13.1 Såfremt ulykkestilfældet har medført en méngrad på mindst 10%, har forsikrede ret til en invaliditetserstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.
- 13.2 Der kan som tilvalgsdækning være tegnet en dækning for invaliditet i forbindelse med et ulykkestilfælde, som har medført en méngrad på 5%. Dette vil i så tilfælde fremgå af policens forside.
- 13.3 Invaliditetsgraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske invaliditet, d.v.s. uden hensyn til specielle erhverv eller færdigheder, og grundlaget for fastsættelsen er Arbejdsskadestyrelsens méntabel.
Ved invaliditeter, som ikke umiddelbart kan fastsættes efter den ovenfor nævnte méntabel, ansættes invaliditetsgraden forholdsmæssigt uden hensyntagen til forsikredes erhverv. For invaliditeter under 10% ydes ikke erstatning. Er der valgt en dækning for invaliditet i forbindelse med et ulykkestilfælde ved en méngrad på 5% (jvfr. Punkt 13.2), ydes ingen dækning under 5%.
Grundlaget for erstatningen er således en medicinsk méngradsbedømmelse, og ikke en erhvervsevnetabsvurdering. Den samlede méngrad ved et ulykkestilfælde kan ikke overstige 100%.
- 13.4 En før ulykkestilfældet bestående invaliditet berettiger ikke til erstatning og kan ikke bevirke, at erstatningen ansættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde bestået.

- 13.5 Invaliditetserstatningen udgør den til méngraden svarende procent af forsikringssummen.
- 13.6 Invaliditetsgradens størrelse skal, hvis en af parterne forlanger det, fastsættes endeligt af Arbejdsskadestyrelsen, hvis afgørelse er bindende for begge parter. De herved foranledigede omkostninger bæres med halvdel af hver part.
Ændrer Arbejdsskadestyrelsen selskabets afgørelse til fordel for forsikrede, betaler selskabet alle omkostninger.
- 13.7 Der udbetales dobbeltestatning ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, som medfører en méngrad på 30% eller derover.
- 13.8 Erstatningen under børneulykkesforsikringen (jfr. punkt 1.2, 1.3 og 20) tilfalder det forsikrede barn. Erstatningen anbringes i overensstemmelse med reglerne for anbringelse af umyndiges midler.

14. Tandskadedækning

- 14.1 Forsikringen dækker rimelige udgifter til tandbehandling som følge af ulykkestilfælde. Dækningen omfatter også proteser, der beskadiges i de naturlige tænders sted, forudsat ulykkestilfældet i øvrigt har medført legemsbeskadigelse. Den samlede godtgørelse til tandbehandling er begrænset til et beløb svarende til 2% – for børneulykkesforsikring dog til 5% – af forsikringssummen ved invaliditet.
- 14.2 Tandskader opstået i forbindelse med tygning, herunder spisning, er ikke omfattet af forsikringen.
- 14.3 Det forhold, at en beskadiget tand er et led i en bro, at nabotænder mangler, eller at en beskadiget tand i forvejen er svækket som følge af sygdom, genopbygning eller rodbehandling, kan ikke medføre større erstatning end svarende til den nødvendige behandling af en sund tand.
- 14.4 Det er en betingelse, at forsikrede ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side.
- 14.5 Er skadelidte et barn, bortfalder erstatningen for enhver tandbehandling, som finder sted, efter at barnet er fyldt 21 år.

15. Ekstra udgifter

- 15.1 Forsikringen dækker de af forsikrede afholdte udgifter til lægebehandling (herunder plastiske operationer), rimelige udgifter til kiropraktiker eller lægeordineret fysioterapeutbehandling samt sygehusophold, når sådanne udgifter er foranlediget af en dækningsberettiget skade.
- 15.2 Der betales kun for behandlinger indtil stationær tidspunkt dog maksimalt i indtil 3 år.
- 15.3 Dækningen vil i øvrigt også omfatte nødvendige befodringsudgifter fra ulykkestedet til første behandlingssted.
- 15.4 De samlede udgifter under punkt 15 er begrænset til 2% af forsikringssummen ved invaliditet.
- 15.5 Det er en betingelse, at forsikrede ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, f.eks. ansvarlig skadevolder eller ret til behandling i offentlig regi.

Tilvalgsdækninger

(fremgår af policens forside)

16. Erstatning for invaliditet ved méngrad på 5%

- 16.1 Såfremt det fremgår af policens forside, ydes erstatning for invaliditet ved en méngrad fra 5%.
- 16.2 Invaliditetsgraden fastsættes jvfr. punkt 13.1 til og med 13.8.

17. Udvidet tandskadedækning

- 17.1 Såfremt det af policens forside fremgår, at der for en forsikret gælder udvidet tandskadedækning, er den i punkt 14.1 anførte dækningsbegrænsning for den pågældende forsikrede ophævet.

Forsikringstyper

(fremgår af policens forside)

18. Heltidsulykke

- 18.1 Dækker ulykkestilfælde indtruffet såvel i arbejdstid som i fritid.
- 18.2 Selskabet skal til enhver tid være informeret om ændringer i omfanget og arten af den forsikredes beskæftigelse, jfr. iøvrigt punkt 11.3.

19. Fritidsulykke

- 19.1 Fritidsulykkesforsikring dækker ikke ulykkestilfælde, når:
- forsikrede er selvstændig erhvervsdrivende.
 - skaden er omfattet af den til enhver tid gældende Lov om Arbejdsskadeforsikring eller anden lov, der kan sidestilles hermed. Forsikringssummen kommer således kun til udbetaling, såfremt der ikke kan opnås erstatning i medfør af Lov om Arbejdsskadeforsikring.
 - skader sket under militær-, hjemmeværns- og civilforsvarstjeneste, der er forsikret under den Militære Erstatningslov.
- 19.2 Såfremt forsikrede midlertidigt (maksimalt 12 måneder) bliver arbejdsløs, dækker forsikringen hele døgnet. Ved arbejdsløshed udover 12 måneder skal forsikringen omtegnes til en heltidsulykkesforsikring. Undlader forsikrede at omtegne forsikringen, nedsættes forsikringssummerne i forholdet mellem den betalte præmie, og den præmie der skulle være betalt for heltidsulykkesforsikringen.

20. Ulykkesforsikring for barn/børn

- 20.1 Dækker ulykkestilfælde i hele døgnet, der rammer det/de på policeforsiden anførte barn/børn under 18 år.
- 20.2 Ved meddækning af børn efter forsikringens tegning henvises til punkt 1.2, 1.3 samt 11.4.
- 20.3 Forsikringen omfatter de af forsikredes børn og adoptivbørn, som den eller de forsikrede har forældremyndigheden over samt plejebørn.
- 20.4 Forsikringssummen ved dødsfald fremgår af policens forside.
- 20.5 Invaliditetserstatning udbetales i henhold til punkt 13.
- 20.6 Forsikringen omfatter ikke ulykkestilfælde, der er omfattet af Lov om Arbejdsskadeforsikring eller hermed ligestillet lov.

21. Ankenævn

- 21.1 AROS Forsikring gs. er tilsluttet Ankenævnet for Forsikring, som er oprettet af Forbrugerrådet og Forsikring & Pension. Er der opstået uoverensstemmelser mellem forsikringstager og AROS Forsikring gs. om forsikringen, og fører en fornyet skriftlig henvendelse til AROS Forsikring gs. ikke til et tilfredsstillende resultat, kan forsikringstager klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2, 1.
1572 København V
Tlf.nr. 33158900 – kl. 10-13.

- 21.1.1 I forbindelse med en klage skal betales et gebyr, som skal indsættes på Ankenævnets postgirokonto som forudsætning for, at Ankenævnet kan behandle sagen.
- 21.1.2 Såfremt forsikringstager får helt eller delvist medhold i klagen, eller Ankenævnet afviser at behandle klagen, tilbagesendes gebyret.
- 21.2.2 Klager til Ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, der kan fås hos: Forbrugerrådet, Ankenævnets sekretariat eller selskabets kontor.
- 21.2.3 Klage til Ankenævnet har ikke opsættende virkning for eventuel betaling af forhøjet præmie.

For private forsikringer gælder følgende:

Fortrydelsesret

Efter kapitel 4 a i Lov om visse Forbrugeraftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 886 af 23. december 1987, som ændret ved lov nr. 262 af 6. maj 1993, har du fortrydelsesret.

Fortrydelsesfristen

Fortrydelsesfristen er 14 dage. Fristen regnes fra den dag, hvor du har fået forsikringsbetingelserne i hænde. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor du har modtaget underretning om, at forsikringsaftalen er indgået, hvis du har fået forsikringsbetingelserne i hænde før dette tidspunkt. Hvis du f.eks. modtager forsikringsbetingelserne mandag den 1., har du frist til og med mandag den 15. Hvis fristen udløber på en helligdag, en søndag, en lørdag eller grundlovsdagen, den 5. juni, kan du vente til den følgende hverdag.

Hvordan fortryder du?

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du underrette AROS FORSIKRING G/S om, at du har fortrudt aftalen. Gives denne underretning pr. post, er det tilstrækkeligt, at du sender brevet inden fristens udløb. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du f.eks. sende brevet anbefalet og opbevare postkvitteringen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til:

AROS FORSIKRING G/S
Viby Ringvej 4
8260 Viby J.