aros FORSIKRING
Familiens bedste forsikringsselskab

Aros Ulykkesforsikring
Forsikringsbetingelser U03-01

I tilslutning til Lov om Forsikringsaftaler samt selskabets til enhver tid gældende vedtægter, der udleveres efter ønske.
AP Børneforsikring er oprettet på grundlag af aftale mellem Aros Forsikring, hvor forsikrede barn har tegnet forsikringen, og AP Pension.

Indholdsfortegnelse

Fællesbetingelser

1. Hvem er forsikrede 2
2. Hvor dækker forsikringen 2
3. Hvad dækker forsikringen 2
4. Hvad dækker forsikringen ikke 3
5. Når skaden er sket 3
6. Forsikringens varighed, forlængelse og ophør 3
7. Indeksregulering af summer og præmier 4
8. Betaling af præmie m.v. 4
9. Ændring af forsikringsdækning og præmie 4
10. Risikoændringer 4
11. Varigt mén 5
12. Udvidet tandskadedækning 5
13. Behandlingsudgifter og andre udgifter 5
14. Dødsfald (gælder forsikrede over 18 år) 6
15. Begravelseshjælp (Gælder forsikrede under 18 år) 6
16. AP Børneforsikring (Gælder forsikrede under 18 år) 6
17. Heltidsulykke 11
18. Fritidsulykke 11
19. Ved uoverensstemmelser 11

Fællesbestemmelser

Fortrydelsesret 12
Fortrydelsesfristen 12
Hvordan fortryder du? 12

Fællesbetingelser

1. Hvem er forsikrede

1.1
Forsikringen omfatter alene den forsikrede person, der er nævnt på policens forside.

1.2
Barn af forsikringstager er gratis dækket indtil det fyldte 2. år med en invaliditetssum på kr. 1.000.000, udvidet tandskade, behandlingsudgifter og begravelseshjælp på sum kr. 25.000. Dækningen træder i kraft fra fødselstidspunktet. Barnet får en selvstændig police.

1.3
Ønskes en højere invaliditetssum på barnet end angivet i punkt 1.2, betales særskilt præmie for den højere sum.

1.4
Efter det fyldte 2. år bortfalder den gratis dækning i henhold til punkt 1.2, og der opkræves præmie.

2. Hvor dækker forsikringen

2.1
Forsikringen dækker i Norden, Grønland, på Færøerne og i alle EU medlemslandene samt under rejser og ophold i indtil 12 måneder i den øvrige del af verden.

3. Hvad dækker forsikringen

3.1
Forsikringen dækker direkte følger af ulykkestilfælde.

3.2
Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

3.3
Som ulykkestilfælde anses også solstik, insektstik, hedeslag, forfrysninger og drukning.

3.4
Forsikringen dækker også farlig sport, medmindre forholdet er undtaget under pkt. 4.5.

4. Hvad dækker forsikringen ikke

4.1 Manglende årsagssammenhæng
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.
- Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg (bortset fra ildebefindende eller besvimelse)
- Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom
- Skader på kroppen sket som følge af nedslidning og almindelige dagligdagsbevægelser
- Skader på kroppen sket som følge af en overbelastning, der ikke er pludselig
- Skader på kroppen som følge af en overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken
- Skader, der skyldes smitte med sygdomme, vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende
- Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin
- Forsikringen dækker kun psykiske skader, hvis disse er en følge af en egentlig fysisk skade på den forsikrede person, eller hvis der har været fare for egentlig fysisk skade på den forsikrede person
- Følger efter tandlæge-, læge-, og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde
- Skader sket i forbindelse med fødsler.

4.3 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.
Følger af ulykkestilfælde:
- der er fremkaldt af forsikrede med vilje eller ved grov uagtsomhed, uanset forsikredes sindstilstand eller tilregnelighed
- der skyldes deltagelse i slagsmål
- som følge af forsikredes strafbare handlinger
- der skyldes selvforskyldt beruselse
- som følge af selvforskyldt påvirkning af narkotika
- som følge af selvforskyldt påvirkning af andre rusmidler
- efter selvmordsforsøg

4. Hvad dækker forsikringen ikke...fortsat

4.4 Krig og lignende
Følger af ulykkestilfælde, der skyldes:
- udløsning af atomenergi
- kerneeksplosion
- radioaktiv stråling
- bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- borgerlige uroligheder
- oprør
- krig
- jordskælv

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:
- at der ikke foretages ferierejse til et land, der befinder sig i en af de ovennævnte situationer
- at den forsikrede ikke selv deltager i handlingerne
- at ulykkestilfældet ikke skyldes frigørelse af atomkraft.

4.5 Undtagelser til farlig sport:
- Professionel sport (sport, der udøves mod betaling)
- Bjergbestigning og bjergklatring
- Motorcrosskørsel (herunder også træning og deltagelse i løb på bane)
- Kørsel på godkendt bane (f.eks. kørsel på Nürburgring eller bane, der kan sidestilles hermed)

4.6 Ekspeditioner
Ulykkestilfælde indtruffet under deltagelse i ekspeditioner i polaregne eller andre uciviliserede områder.

5. Når skaden er sket

5.1
Enhver skade skal hurtigst muligt anmeldes til Aros Forsikring. Dette gælder også skader af beskeden karakter.

5.2
Har ulykkestilfældet medført døden, skal dette meddeles Aros Forsikring inden 48 timer.

5.3
Tilskadekomne skal være under stadig behandling af læge og følge dennes forskrifter. Aros Forsikring er berettiget til at indhente oplysninger hos enhver læge, der behandler eller har behandlet tilskadekomne og til at lade tilskadekomne undersøge af en af Aros Forsikring og skadelidte i fællesskab valgt læge.

5.4
Ved tandskader skal behandling og pris godkendes af Aros Forsikring, inden en behandling påbegyndes, medmindre der er tale om akut nødbehandling.

5.5
Aros Forsikring betaler for lægeattester som vi ønsker indhentet.

5.6
For dækning af skader gælder de almindelige bestemmelser i §29 i Lov om Forsikringsaftaler og dansk rets almindelig forældelsesregler.

6. Forsikringens varighed, forlængelse og ophør

6.1
Forsikringen gælder for et år ad gangen og fortsætter indtil den skriftligt opsiges af forsikringstageren eller Aros Forsikring. Forsikringstageren kan opsige forsikringen med 30 dages varsel til udgangen af en måned, mens Aros Forsikring kan opsige forsikringen med en måneds varsel til hovedforfaldsdatoen.

6.2
I forbindelse med forsikringstagerens opsigelse af forsikringen til en anden dato end hovedforfaldsdatoen, er Aros Forsikring berettiget til at opkræve et gebyr.

6.3
Efter enhver anmeldt skade kan såvel forsikringstageren som Aros Forsikring indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller afvisning af skaden opsige hele forsikringen med 14 dages varsel. I stedet for at opsige forsikringen kan Aros Forsikring, også med 14 dages varsel, ændre forsikringens vilkår f.eks. ved at begrænse dækningen eller forhøje præmien.

6.4
Forsikringen ophører ved første hovedforfaldsdato efter at barnet er fyldt 18 år.

7. Indeksregulering af summer og præmier

7.1
Forsikringssum og præmie indeksreguleres hvert år pr. forfaldsdatoen. Ved faldende reguleringspristal sker dog ingen ændring.

7.2
Forsikringssum og præmie reguleres i overensstemmelse med det af Danmarks Statistik hvert år offentliggjorte løntal. Basis for reguleringen er løntallet for første kvartal i kalenderåret før forsikringens ikrafttræden.

7.3
Erstatning beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse på det tidspunkt ulykkestilfældet indtraf.

7.4
Invaliditetssummen på kr. 1.000.000 og begravelseshjælp på sum kr. 25.000 i henhold til punkt 1.2 indeksreguleres ikke.

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. Betaling af præmie m.v.

8.1
Første præmie forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og senere præmier på de anførte forfalds dage. Præmie opkræves på indbetalingskort eller via Betalingsservice.

8.2
Lovpligtige afgifter opkræves sammen med præmien. Der opkræves tillige administrationsomkostning.

8.3
Betales præmien ikke, sender Aros Forsikring en påmindelse af betaling af præmie. Påmindelsen sendes tidligst 14 dage efter forfaldsdagen. Denne påmindelse indeholder oplysninger om, at forsikringen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter afsendelsen. Aros Forsikring er berettiget til at opkræve et ekspeditionsgebyr for påmindelsen.

8.4
Påkrav om betaling sendes til den opgivne betalingsadresse. Hvis du har ændret adresse, skal du straks give Aros Forsikring besked.

9. Ændring af forsikringsdækning og præmie

9.1
Aros Forsikring kan med en måneds skriftlig varsel til hovedforfaldsdatoen ændre forsikringsdækning og/eller præmie.

9.2
Ændrer Aros Forsikring forsikringsdækning og/eller præmie, har forsikringstageren ret til at opsige forsikringen med 14 dages skriftlig varsel til forfaldsdatoen.

9.3
Indeksregulering er ikke ændring af præmie.

10. Risikoændringer

10.1 Aros Forsikring skal have besked hvis:

- Forsikrede har en heltidsulykkesforsikring og ændrer beskæftigelse eller bibeskæftigelse. Ved bibeskæftigelse forstås at forsikrede i gennemsnit arbejder 10 timer eller mere om ugen i en periode på 3 måneder ved en anden beskæftigelse end hovedbeskæftigelsen.
- Forsikrede er studerende og studiet afsluttes
- Forsikrede bliver selvstændig erhvervsdrivende – uanset timetal
- Forsikrede ophører med erhvervsmæssig beskæftigelse i mere end 12 måneder, eller overgår til efterløn, flexjob eller pension
- Der er tegnet fritidsulykkesforsikring og forsikrede ikke længere arbejder mindst 25 timer om ugen
- Forsikringstageren flytter.

Når der er givet besked om ændringen, tager Aros Forsikring stilling til om, og på hvilke vilkår forsikringen kan fortsætte. Hvis Aros Forsikring ikke får besked om ændringen, risikerer forsikrede, at miste retten til erstatning helt eller delvist. Det kan desuden betyde, at præmien for forsikringen ændrer sig.

Dækninger (Fremgår af policens forside)

11. Varigt mén

11.1
Såfremt ulykkestilfældet har medført en méngrad på mindst 5%, har forsikrede ret til en méngodtgørelse. Méngraden fastsættes, når de endelige helbredsmæssige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Et varigt mén kan som udgangspunkt først fastsættes, når den helbredsmæssige tilstand er varig. Det betyder, at helbredstilstanden ikke kan forventes at blive bedre eller dårligere.

11.2
Mèngraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske mèngrad, dvs. uden hensyn til specielle erhverv eller færdigheder, og grundlaget for fastsættelsen er Arbejdsskadestyrelsens méntabel.

Ved varigt mèn, som ikke umiddelbart kan fastsættes efter den ovenfor nævnte méntabel, ansættes mèngraden forholdsmæssigt uden hensyntagen til forsikredes erhverv.

Grundlaget for godtgørelsen er således en medicinsk méngradsbedømmelse, og ikke en erhvervsevnetabsvurdering. Den samlede méngrad ved et ulykkestilfælde kan ikke overstige 100%.

11.3
Et før ulykkestilfældet bestående varigt mèn berettiger ikke til godtgørelsen og kan ikke bevirke, at godtgørelsen ansættes højere, end hvis et sådan varigt mén ikke havde bestået.

11.4
Udbetaling af godtgørelsen sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet, og udbetales med et engangsbeløb.

11.5
Der udbetales dobbelterstatning ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, som medfører en méngrad på 30% eller derover. Dobbelterstatningen bortfalder fra det fyldte 65 år.

11.6
Godtgørelsen til et barn under 18 år tilfalder det forsikrede barn. Godtgørelsen anbringes i overensstemmelse med reglerne for anbringelse af umyndiges midler.

12. Udvidet tandskadedækning

12.1
Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling som følge af ulykkestilfælde. Ved rimelige og nødvendige udgifter forstås udgifter til genopretning af tandsættet til samme stand, som før skaden. Dækningen omfatter også proteser, der beskadiges i de naturlige tænders sted, forudsat ulykkestilfældet i øvrigt har medført legemsbeskadigelse.

12.2
Behandlingen skal godkendes af Aros Forsikring inden den påbegyndes. Akutte nødbehandlinger er dog undtaget. Forsikringen dækker én endelig behandling. Det betyder, at der ikke ydes erstatning, hvis behandlingen senere skal genoptages som følge af:

- slid
- aldersbetingede forhold
- dårlig holdbarhed af den udførte behandling
- andre forhold der kan sidestilles hermed.

12.3
Tandskader opstået i forbindelse med tygning, uanset årsagen til skaden, er ikke omfattet af forsikringen.

12.4
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.

12.5
Følgeudgifter i form af udgifter til medicin, forbindinger, bandager, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler eller lignende dækkes ikke.

12.6
Det er en betingelse, at forsikrede ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side.

12.7
Er skadelidte et barn, bortfalder erstatningen for enhver tandbehandling, som finder sted, efter at barnet er fyldt 25 år.

13. Behandlingsudgifter og andre udgifter

13.1
Forsikringen dækker de af forsikrede afholdte udgifter til lægebehandling (herunder plastiske operationer), rimelige udgifter til kiropraktiker eller lægeordineret fysioterapeutbehandling, akupunktur og zoneterapi samt sygehusophold, når sådanne udgifter er foranlediget af en dækningsberettiget skade.

13.2
Forsikringen dækker desuden rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos psykolog, når sådanne udgifter er foranlediget af en dækningsberettiget skade. Der dækkes maksimalt 10 behandlinger. Det er en betingelse for dækningen, at der foreligger en lægehenvisning.

13.3
Dækningen vil i øvrigt også omfatte nødvendige befordringsudgifter fra ulykkesstedet til første behandlingssted.

13.4
Der betales kun for udgifter til behandling indtil den helbredsmæssige tilstand er varig, eller méngraden er fastsat - dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen.

13.5
Det er en betingelse, at forsikrede ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, f.eks. fra en ansvarlig skadevolder eller ret til behandling i offentligt regi.

14. Dødsfald (Gælder forsikrede over 18 år)

14.1
Forsikringen giver ret til erstatning ved dødsfald, der er en direkte følge af et ulykkestilfælde, når dødsfaldet sker inden for et år efter ulykkestilfældet. Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på ulykkestidspunktet, og udbetalingen sker som et engangsbeløb.

14.2
Erstatningen udbetales til forsikredes nærmeste pårørende, i henhold til reglerne i Lov om Forsikringsaftaler, med mindre andet skriftligt er meddelt Aros Forsikring, og dette fremgår af policen.

14.3
Er der i anledning af ulykkestilfældet allerede udbetalt invaliditetserstatning, nedsættes dødsfaldserstatningen med det udbetalte beløb.

14.4
Ved dødsfald har Aros Forsikring ret til at kræve obduktion.

14.5
Forsikringen dækker ikke dødsfald, der har naturlige årsager, eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.

15. Begravelseshjælp (Gælder forsikrede under 18 år)

15.1
Forsikringen giver ret til begravelseshjælp i tilfælde af dødsfald, som følge af et ulykkestilfælde. Begravelseshjælp udgør kr. 25.000, og beløbet indeksreguleres ikke. Udbetalingen sker som et engangsbeløb.

15.2
Begravelseshjælp udbetales til forsikredes nærmeste pårørende.

15.3
Forsikringen dækker ikke begravelseshjælp efter dødsfald, der har naturlige årsager, eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.

16. AP Børneforsikring (Gælder forsikrede under 18 år)

16.1
AP Børneforsikring er oprettet på grundlag af aftale mellem Aros Forsikring, hvor forsikrede barn har tegnet forsikringen, og AP Pension.

AP Pension livsforsikringsaktieselskab (AP Pension)
Østbanegade 135
2100 København Ø
CVR-nr. 18530899
www.appension.dk

Forsikringen består af følgende forsikringsdækninger:

- Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år
- Visse kritiske sygdomme
- Méngradserstatning ved sygdom

Forsikrede bliver optaget i, og omfattet af forsikringsdækningen på baggrund af de oplysninger Aros Forsikring modtager fra forsikrede og dennes værge.

16.2
Forsikrede, dennes værge eller andre berettigede skal anmelde dækningsberettigede skade til Aros Forsikring hurtigst muligt. Hvis tilstanden efter en sygdom forværres, skal forsikrede, dennes værge eller andre berettigede anmelde forværringen til Aros Forsikring hurtigst muligt. Skadebehandling foretages i AP Pension.

16.3
Forsikrede, dennes værge eller andre berettigede skal give AP Pension adgang til oplysninger som er nødvendige for, at AP Pension kan vurdere retten til udbetaling. Hvis oplysningerne er ufuldstændige, kan udbetaling ikke finde sted. Det kan blandt andet være nødvendigt, at forsikrede, dennes værge eller andre berettigede samtykker og medvirker til, at AP Pension indhenter, opbevarer, registrerer og videregiver oplysninger, erklæringer mv. (Det kan f.eks. være tale om, at AP Pension indhenter attester hos læger, der behandler eller har behandlet forsikrede).

AP Pension behandler alle oplysninger efter regler, som findes i lovgivningen. AP Pension og Aros Forsikring har tavshedspligt om forsikredes forhold og må kun videregive oplysninger herom, hvis forsikrede, dennes værge eller andre berettigede har godkendt, at der sker videregivelser, eller hvis lovgivningen giver adgang til at videregive oplysninger.

16.4
Forsikringen kan ikke, udover hvad der fremgår i disse forsikringsbetingelser, overdrages, afhændes, pantsættes eller på anden måde gøres til genstand for omsætning eller retsforfølgning.

16.5
AP Pension fratrækker eventuelle skatter eller afgifter, herunder boafgift, inden udbetaling. Det sker i henhold til gældende lovgivning.

16.6
Forsikringen giver ikke ret til præmiefri dækning.

Forsikringen er tegnet i tilknytning til Aros Forsikrings ulykkesforsikring. Hvis Aros Forsikrings ulykkesforsikring ophører, ophører AP Børneforsikring samtidigt.

Overgår værgemålet over forsikrede barn til en anden person efter ikrafttrædelsestidspunktet for forsikringen, skal dette meddeles til Aros Forsikring. Den nye værge kan overtage forsikringen, hvilket tilsvarende skal meddeles Aros Forsikring, af hensyn til følgerne ved manglende præmiebetaling.

Hvis værgen afgår ved døden i forsikringstiden, kan forsikringen overtages af en eventuel ny værge, eller det forsikrede barn, hvis barnet er myndigt.

Når dækningen ophører, vil forsikringen ikke have opnået nogen værdi.

16.7
Hvis der opstår uoverensstemmelse mellem forsikrede, dennes værge eller andre berettigede og AP Pension, og fornyet henvendelse til AP Pension ikke fører til et tilfredsstillende resultat, kan forsikrede, dennes værge eller andre berettigede klage til Ankenævnet for Forsikring.

16.8
Dødsfaldssum til børn efter det fyldte 1. år
Dødsfaldssum til børn er oprettet som en gruppelivsforsikring uden opsparing, en såkaldt risikoforsikring hvor forsikringssummen alene udbetales ved forsikredes død, så længe denne er omfattet af forsikringen. Det er uden betydning, om døden skyldes ulykke eller sygdom.

Gruppelivsforsikring dækker hele døgnet og i hele verden. AP Pension udbetaler forsikringssummen til værgen. Hvis forsikrede er myndig ved forsikringsbegivenhedens indtræden, udbetaler AP Pension forsikringssummen til forsikredes nærmeste pårørende efter reglerne i Forsikringsaftaleloven, medmindre andet er skriftligt meddelt Aros Forsikring.

Retten til udbetaling bortfalder, hvis der ikke findes en berettiget, ifølge særlig begunstigelsesbestemmelse, gruppelivsaftalens begunstigelsesbestemmelse, testamente eller legale arvinger.

Forsikringen dækker ikke ved død, som er en følge af:
- Selvmord eller følger efter selvmordsforsøg
- Psykiske lidelser
- Misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer
- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse
- Ved død uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Endvidere dækker forsikringen ikke:
- Dødsfald, der indtræder i forsikringstiden inden, at forsikrede er fyldt 1 år
- Dødsfald, som skyldes medfødte sygdomme og/eller sygdomme, der er indtrådt inden, at forsikrede er fyldt 1 år.

Gruppelivsforsikring opgøres på grundlag af dækningen ved dødsfaldet.

16.9
Visse kritiske sygdomme
Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under punkt 16.9 A-R. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov. Udbetalingen udgør forsikringssummen på tidspunktet for diagnosticeringen og for punkt 16.9.R, når betingelserne for terminal sygdom er opfyldt.

Forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn dækker hele døgnet og i hele verden.

Følgende diagnoser er omfattet af forsikring ved visse kritiske sygdomme til børn:

A. Kræft, leukæmi og lymfomer
En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst med infiltration af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastaser).

Desuden dækkes akut leukæmi, kronisk leukæmi i accelereret fase eller blastkrise, behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi, non-Hodgkin's lymfomer stadie II-IV, Hodgkin's sygdom stadie II til IV samt Burkitts lymfom (alle stadier).

Herudover dækkes højrisiko myelodysplastisk syndrom (MDS), kronisk myelomonocystisk leukæmi (CMML) type 2 samt behandlingskrævende myelomatose/ solitært myelom.

Med behandlingskrævende forstås celledræbende behandling (kemoterapi) og/eller allogen knoglemarvstransplantation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er:
- Ikke-infiltrerende forstadier til kræft (carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale) i for eksempel livmoderhals, bryst eller testes (uanset valgt behandling)
- Alle former for hudkræft, bortset fra modermærkekræft stadie 1-4 (malignt melanom)
- Blærepapillomer
- Hodgkin's lymfom stadie I
- Prostatatumorer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket)
- Tumorer på baggrund af hvilken, der allerede er udbetalt erstatning efter punkt 16.9.F, og som udvikler sig til en diagnose under punkt 16.9.A.

B: Hjerteklapoperation på grund af hjerteklapfejl
Planlagt eller gennemført hjertekirurgisk behandling for hjerteklapfejl (forsnævring eller utæthed), med indsættelse af mekanisk eller biologisk hjerteklapprotese samt homeograft eller klapplastik.
Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

C: Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne
Kronisk hjerteinsufficiens med en vedvarende nedsat udrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 30% eller derunder, som medfører funktionel begrænsning hvile (for eksempel ved dyspnø, træthed, palpitationer) og som forværres ved enhver form for aktivitet (jf. New York Heart Associations klassifikation (NYHA) gruppe III og IV).

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling. Påvirkningerne af funktionsniveau skal være til stede på trods af behandling i mere end 6 måneder, eller der skal være gennemført indoperation af cardioverter defibrillator (ICD-enhed).

D: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger
En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og som enten skyldes; en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller

en forsnævring eller tillukning af en pulsåre opstået i hjernen pga. en emboli eller trombose.

Hjernebeskadigelsen skal have medført blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen, og være påvist ved en hjernescanning (CT/MR).

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 3 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, taleforstyrrelser, gangbesvær, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelse.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Undtaget fra forsikringsdækningen er transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attak (TIA), tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR) og blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. uden for hjernen (f.eks. øjne, øre, hypofyse).

E: Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniel arteriovenøs karmisdannelse(AV-malformation) med behov for operation
Planlagt eller gennemført operation for en defekt i hjernens kar, med en eller flere sækformede udvidelser af hjernens pulsårer eller arteriovenøse karmisdannelser (inklusive kavernøst angiom), som skal være påvist ved røntgen af hjernens pulsårer(angiografi) eller CT/MR-scanning.

Defekten skal være diagnosticeret på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Forsikringsdækningen omfatter også tilfælde hvor operationen ikke kan gennemføres af tekniske grunde.

F: Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv med aggressivt forløb (behov for operation) og svære blivende følger
Godartede (benigne) svulster (tumorer) opstået i og udgået fra hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder (centralnervesystemet), som efterlader betydelige neurologiske følger (dysfunktion) og nedsat førlighed svarende til mindst 15%, vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel.

Forsikringssummen udbetales først når følgetilstanden kan vurderes som rimelig stabil, det vil sige tidligst 3 måneder efter diagnosticering eller operation.

Undtaget fra forsikringsdækningen er cyster, granulomer, hypofyseadenomer og Acusticus neurinomer (Schwanomer).
Endvidere undtages svulster der er opstået i eller på en eller flere hjerne- eller kranienerver, herunder syns- eller hørenerven.

G: Multipel (dissemineret) sklerose (MS)
En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig ved:

- to eller flere (gentagne) veldefinerede episoder af neurologiske udfaldssymptomer, fra forskellige dele af centralnervesystemet, som er efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning, eller
- et attack med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attack, hvor de diagnostiske kriterier for MS eller McDonald er opfyldte.

Diagnosen skal være stillet af en neurologisk speciallæge.
Undtaget fra forsikringsdækningen er tilfælde med synsnerveudfald (opticusneurit) alene.

H: Hjerne- eller hjernehindebetændelse (inkl. Borrealia og TBE) medførende svære neurologiske følger
En infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe mv., som har medført vedvarende objektive neurologiske følger, svarende til en méngrad på 15% eller mere efter Arbejdsskadestyrelsens tabel (vurderet af en neurologisk speciallæge).

Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller infektionsmedicinsk afdeling ud fra:

- Påvisning af mikrober i spinalvæsken, eller
- En rygmarvsvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose) med forhøjet antal hvide blodlegemer, eventuelt suppleret med MR/CT scanning.

Ved en neuroborreliose som følge af flåtbid skal diagnosen være stillet ud fra undersøgelser for borreliaspecifikke antistoffer i serum og spinalvæske (IgG, IgM).

Ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE) skal diagnosen være verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.

De neurologiske følger kan i alle tilfælde tidligst vurderes efter 3 måneder og skal være bekræftet af neurologisk speciallæge.

I: Creutzfeldt-Jacobs sygdom (CJD og vCJD)
En progressiv degenerativ sygdom i centralnervesystemet, forårsaget af prioner.
Diagnosen skal være stillet på relevant sygehusafdeling og vurderes overvejende sandsynlig ud fra:

- Typiske kliniske symptomer, med fremadskridende demens, påvirket koordination, nedsat syn, påvirket taleevne, stivhed mv.
- Forandringer på EEG, MR/CT scanning samt
- Laboratorieundersøgelser af spinalvæske (stærkt forhøjet total-tau protein uden ændringer af Alzheimermarkører og prionmarkører (herunder PrP mutationer, 14-3-3 proteinet, neuronspecifik enolase mv.).

J: Muskelsvind (myopati og neuropati) med vedvarende fremadskridende symptomer
Arvelig muskeldystrofi kendetegnet ved progressivt tab af muskelmasse og kraft (f.eks. Du-chennes muskeldystrofi, Beckers muskeldystrofi, Limb Girdle muskeldystrofi (LGMD), Facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD), Okulopharyngeal-muskeldystrofi (OPMD) eller Dystrofia myotonica).

Dækningen forudsætter, at det kan dokumenteres, at symptomerne er debuteret i forsikringstiden, og at diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling ved klinisk undersøgelse, blodprøve (enzym CK eller gentest) samt muskelbiopsi.

K: Kronisk nyresvigt med behov for varig dialyse eller transplantation
Dobbeltsidigt nyresvigt, hvor begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket medfører behov for varig dialysebehandling eller nyretransplantation.
Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

L: Større organtransplantation
Planlagt eller gennemført modtagelse af hjerte, lunge, lever, bugspytkirtel, hjertelunge eller hjertelunge lever transplantat, på grund af organsvigt hos forsikrede.
Ved planlagt transplantation skal forsikrede være accepteret på venteliste.

Dækningen omfatter også gennemført transplantation med stamceller/knoglemarv fra et andet individ (allogen knoglemarvstransplantation) for andre tilstande end anført under dækning for punkt 19.6.A.

Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, dele af organer, væv eller celler.

M: AIDS
Erhvervet immundefektsyndrom som følge af infektion med human immundefekt virus (HIV), erhvervet efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det skal kunne dokumenteres, at forsikrede er blevet smittet med HIV i forsikringstiden. Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og opfylde Sundhedsstyrelsens kriterier for anmeldelsespligtig AIDS.

N: HIV-infektion ved blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte
Infektion med HIV som følge af blodtransfusion eller anden lægelig behandling, modtaget efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt.

Det kræves, at forsikrede er berettiget til godtgørelse for transfusionsoverført HIV-infektion af Sundhedsstyrelsen.
Infektion med HIV efter forsikringens ikrafttrædelsestidspunkt, som følge af en arbejdsbetinget læsion eller smitteudsættelse på slimhinderne under udførelse af forsikredes professionelle erhverv.

Det kræves som dokumentation for smitteoverførelsen, at uheldet er anmeldt som arbejdsskade, og at der foreligger en negativ HIV-test udført inden for den første uge efter smitteudsættelsen, efterfulgt af en positiv test inden for de næste 12 måneder.

O: Større forbrænding (ambustio)
Brandsår (inklusive forfrysninger eller ætsninger) af tredje grad, der dækker mindst 20% af den forsikredes legemsoverflade.

Diagnosen skal fremgå af journaludskrift eller epikrise fra en brandsårsafdeling.

P: Praktisk blindhed
Permanent og irreversibelt synstab på begge øjne, hvor synstyrken på bedste øje er 1/60 (0,01666) eller derunder, eller såfremt der er synsfeltindskrænkning til under 10% (kikkert-syn).

Diagnosen stilles hos øjenlæge med angivelse af årsag.

Q: Total døvhed
Totalt permanent og irreversibelt høretab på begge ører, med en høretærskel på 100dB eller derover på alle frekvenser.

Diagnosen stilles hos ørelæge med angivelse af årsag.

R: Terminal sygdom - alle diagnoser, der ikke er omfattet af punkt 16.9.A-Q, hvor levetiden er højst 12 måneder
Ved terminal sygdom forstås en fremskreden eller hurtigt udviklende uhelbredelig sygdom, hvor forventet restlevetid trods lægelig behandling maksimalt er 12 måneder. De 12 måneder regnes fra diagnosedatoen.

Det er en betingelse, at der foreligger lægefaglig dokumentation for, at ovenstående betingelser er opfyldt. Dokumentation skal være fra en relevant, dansk specialafdeling eller fra en relevant speciallæge, der har opnået speciallægeanerkendelse fra de danske sundhedsmyndigheder, og som ikke alene er speciallæge i almen medicin.

Der kan alene ske udbetaling, når alle lægelige anvisninger i relation til den dækningsberettigede sygdom er blevet fulgt.

Forsikringen dækker ikke tilfælde, der direkte eller indirekte skyldes:
- en sygdom, som forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for (det er diagnosetidspunktet, der er afgørende)
- en sygdom, der har medført eller medfører udbetaling efter en af diagnoserne i punkt 16.9.A-Q eller sygdomme, der skyldes den lægelige behandling heraf
- et ulykkestilfælde, hvorved forstås legemsbeskadigelse, som rammer den forsikrede ufrivilligt gennem pludselig udefrakommende hændelse
- infektioner eller epidemier.

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:
- hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden
- hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret samme kritiske sygdom, som beskrevet i punkt 16.9.A-R.
- Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret sygdom som defineret i punkt 16.9.A, vil der dog være ret til udbetaling ved ny diagnose efter punkt 16.9. A
- hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i punkt 16.9.A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode
- ved diagnoser som beskrevet i punkt 16.9.B og C, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i punkt 16.9.B eller C
- ved diagnoser som beskrevet i punkt 16.9.H og I, hvis forsikrede tidligere har fået stillet diagnose, som beskrevet i punkt 16.9.H eller I, mere end én gang for hver diagnose, som beskrevet i punkt 16.9.A-R. Hvis forsikrede tidligere har fået udbetaling efter punkt 16.9.A, vil der være ret til udbetaling ved ny diagnose efter punkt 16.9.A, hvis denne indtræder i forsikringstiden, og der er gået mindst 10 år, siden diagnosen i punkt 16.9.A blev stillet, og der ikke er konstateret tilbagefald (recidiv) i denne periode
- hvis forsikrede får stillet en ny diagnose mindre end 6 måneder efter, at forsikrede har fået stillet en diagnose som har givet ret til udbetaling efter punkt 16.9.A-R
- ved kritisk sygdom, der er en følge af misbrug af medicin eller indtagelse af medicin, der ikke er lægeordineret, eller som er en følge af misbrug af alkohol, euforiserende stoffer og lignende giftstoffer
- ved kritisk sygdom, der er en følge af krigstilstand, borgerlige uroligheder, oprør, terrorhandlinger eller anden fareforøgelse af tilsvarende art med virkning på dansk område
- hvis forsikrede ikke har anmeldt kritisk sygdom inden sin død
- ved kritisk sygdom omfattet af diagnoserne i punkt 16.9B, C, D, E, F, K, L, P og Q, hvor diagnosen er stillet før forsikrede er fyldt 1 år.

16.10
Méngradserstatning ved sygdom
Sygdom betragtes i denne forsikring som en konstateret forværring af helbredstilstanden, der ikke kan henføres til et ulykkestilfælde.

Følgende betragtes ikke som sygdom i henhold til denne forsikring:
- Fysiske skavanker eller psykiske udviklingsforstyrrelser, herunder følger af sådanne tilstande, hvor symptomerne viser sig, før forsikringen træder i kraft.
- Ordblindhed, talblindhed og væksthæmning.

Når en sygdom er direkte årsag til, at forsikredes medicinske invaliditet (dvs. mén) fastsættes til mindst 5% udbetales der erstatning. Sygdom betragtes som indtruffet på det tidspunkt, hvor forværringen af helbredstilstanden første gang påvises af en læge. Dette er ikke altid sammenfaldende med tidspunktet for diagnosticeringen af sygdommen. Der skal være tale om varigt mén.

Følgende sygdomme dækker først ved en méngrad på mindst 25%:
- Mén som følge af medfødte stofskiftesygdomme ICD E70-E90 (f.eks. Cystisk fibrose, Phenylketonuri).
- Mén som følge af Epilepsi ICD G40.
- Mén som følge af sygdomme i det centrale nerve- og muskelsystem ICD G11, G12, G60, G71 og G80 (f.eks. CP, muskeldystrofi).
- Mén som følge af misdannelser og kromosomafvigelser ICD Q00-Q99 (f.eks. misdannel-ser af de indre organer).

Fastsættelse af mén
Ret til udbetaling fastsættes, så snart sygdommens endelige følger kan bestemmes, dog senest 3 år efter at sygdomstilfældet er anmeldt til Aros Forsikring.

AP Pension fastsætter méngraden efter samme méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet og med de begrænsninger, der er anført i disse forsikringsbetingelser.

Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, fastsætter AP Pension forsikredes méngrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen, på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsætter AP Pension méngraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Et bestående mén kan ikke medføre, at méngraden ansættes højere, end hvis det ikke havde været til stede. Erstatningen udgør den procent af forsikringssummen, der svarer til den fastsatte méngrad.

Forsikringens størrelse
Ved en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed udbetaler AP Pension på baggrund af den sum, som var gældende ved forsikringsbegivenhedens indtræden til værgen eller andre berettigede.

Forsikringssummen udbetales til forsikrede. Hvis forsikrede er umyndig, udbetales i henhold til gældende lov.

Når en forsikringsbegivenhed giver ret til udbetaling i henhold til sygdomsforsikring til børn, kan der ikke senere ske udbetaling på grundlag af samme sygdomstilfælde, selvom méngraden øges.

Dækningen omfatter ikke:
- Sygdom eller følger deraf, der er indtruffet før forsikringen træder i kraft
- Mén som følge af psykisk sygdom
- Mén som følge af selvmordsforsøg eller sygdom, der er selvpåført forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Dette gælder uanset forsikredes sindstilstand ved fremkaldelsen af sådan sygdom
- Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af den sygdom, der er dækket af forsikringen
- Mén efter sygdom, der er fremkaldt af den forsikrede ved deltagelse i slagsmål, selvforskyldt beruselse, misbrug af alkohol, narkotika og/eller giftstoffer samt kriminelle handlinger.

Sygdomme, der er defineret af nedenstående ICD-koder, dækkes aldrig af forsikringen, ligesom der heller ikke ydes erstatning for følger af disse sygdomme:
- Psykiske sygdomme ICD F00-F69 (f.eks. psykose, neurose, anoreksi, bulimi, skizofreni og depression).
- Neuropsykiatriske forstyrrelser ICD F70-F99 (f.eks. ADHD, autisme, udviklingshæmning).

Senere diagnoser eller ændrede diagnosebetegnelser med de ovenfor angivne ICD-koder er også omfattet af undtagelserne.

Forsikringen dækker ikke ved mén efter sygdom, som er en følge af:
- Krigstilstand, borgerlige uroligheder eller tilsvarende fareforøgelse. Uden for dansk område gælder begrænsningen kun, hvis Forsikrede har deltaget aktivt i krigshandlinger mv. På dansk område følges bekendtgørelse fra den minister, som er ansvarlig for livs- og pensionsforsikring, herunder bekendtgørelse om start- og sluttidspunkt for tilstanden
- Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

Et mén, der bestod før sygdommen, giver ikke ret til udbetaling. Tilsvarende ydes der ikke erstatning for følger af sygdom, der forværres på grund af anden eksisterende sygdom eller sygelige forandringer eller handicap, der allerede bestod, da sygdommen indtraf.

Et bestående mén kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis et sådant mén ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden, uanset forudbestående mén, fastsættes, som om der alene foreligger mén på det senest beskadigede organ.

Dækning kan endvidere bortfalde, hvis forsikrede ikke er under stadig behandling af en læge og følger dennes forskrifter.

Uenighed om méngraden
Såvel forsikrede, dennes værge og andre berettigede som AP Pension kan indbringe enhver uenighed om fastsættelse af méngraden for Arbejdsskadestyrelsen under hensyntagen til forsikringsbetingelsernes punkt 16.10.

Er sagen indbragt af forsikrede, dennes værge eller andre berettigede, og ændrer Arbejdsskadestyrelsen méngraden til fordel for forsikrede, refunderer AP Pension forsikrede de omkostninger, som er direkte forbundet med Arbejdsskadesstyrelsens behandling af sagen.

Forsikringsomfang (fremgår af policens forside)

17. Heltidsulykke

17.1
Forsikrede voksne over 18 år er dækket hele døgnet. I arbejdstiden er forsikrede dækket under den beskæftigelse der er anført i policen.

17.2
Forsikrede barn under 18 år er dækket hele døgnet – også under arbejde. Forsikringen dækker indtil policens første hovedforfaldsdato efter barnet er fyldt 18 år i henhold til punkt 6.4.

17.3
Aros Forsikring skal til enhver tid være informeret om ændringer i forsikredes beskæftigelse i henhold til punkt 10.

18. Fritidsulykke

18.1
Forsikrede voksne over 18 år er dækket i fritiden. Det er en forudsætning, at den forsikrede er lønmodtager mindst 25 timer pr. uge.

18.2
Fritidsulykkesforsikringen dækker ikke ulykkestilfælde, når:

- forsikrede er selvstændig erhvervsdrivende
- skaden er omfattet af den til enhver tid gældende Lov om Arbejdsskadesikring eller anden lov, der kan sidestilles hermed
- skaden sker under militær-, hjemmeværns- og beredskabstjeneste, der er omfattet af Lov om Værnepligtige med flere eller anden lov, der kan sidstilles hermed.

18.3
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.

19. Ved uoverensstemmelser

19.1
Opstår der uoverensstemmelser mellem forsikrede og Aros Forsikring, skal forsikrede klage til Aros Forsikring. Dette gælder blandt andet, hvis forsikrede ikke er enig i fastsættelsen af méngraden. Hvis forsikrede fortsat ikke kan acceptere Aros Forsikrings afgørelse, kan forsikrede klage til Ankenævnet for Forsikring. Forsikrede må betale et mindre gebyr herfor, til Ankenævnet for Forsikring.

Klageskema og Ankenævnets vedtægter kan indhentes ved:

www.arosforsikring.dk
Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J
Tlf. 7010 4222

www.ankeforsikring.dk
Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2, 1.
1572 København V
Tlf. 3315 8900

Yderligere oplysninger kan indhentes ved:

www.forbrugerraadet.dk
Forbrugerrådet
Fiolstræde 17
1017 København K
Tlf. 7741 7741

www.forsikringsoplysningen.dk
Forsikringsoplysningen
Philip Heymanns Alle 1
2900 Hellerup
Tlf. 4191 9191

19.2
Er forsikrede ikke enig i Aros Forsikrings fastsættelse af méngraden, kan forsikrede indbringe spørgsmålet om fastsættelse af méngraden for Arbejdsskadestyrelsen.

Hvis forsikrede ønsker Arbejdsskadestyrelsens vurdering, skal forsikrede betale det gebyr som Arbejdsskadestyrelsen har fastsat.

Gebyret indbetales til Aros Forsikring, der forestår fremsendelse af sagen til Arbejdsskadestyrelsen. Hvis Arbejdsskadestyrelsen fastsætter en højere méngrad end den Aros Forsikring har fastsat, betaler Aros Forsikring gebyret.

19.3
For forsikringen gælder i øvrigt dansk lovgivning for forsikringsaftaler og forsikringsvirksomhed.

20. Fortrydelsesret

Gælder alene for private forbrugerforsikringer

Du har ret til at fortryde dit køb af private forsikringer, men fortrydelsesretten er afhængig af 3 forskellige situationer:

- Du har mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen
- Du har ikke mødt vores repræsentant fysisk, da du købte forsikringen (fjernsalg)
- Din forsikring er blevet ændret, og du har derfor ret til at fortryde ændringen.
- Du kan eventuelt læse mere om fortrydelsesretten i Forsikringsaftaleloven §34e og §34i.

Fortrydelsesfrist
Fortrydelsesfristen er altid 14 dage, og fristens begyndelse afhænger af, hvordan aftalen er indgået, punkt 1-3.

1. Har du mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen, starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:

- Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen
- Eller fra den dag, du har fået tydelig skriftlig besked om fortrydelsesretten.

2. Ved fjernsalg starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:

- Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen
- Når du har fået de oplysninger, vi har pligt til at give dig enten på papir eller pr. mail.

3. Fristen ved ændringer følger reglerne, der er beskrevet under punkt 1 og 2. Du skal være opmærksom på, at det alene er ændringen, ved en udvidelse af dækningen, der kan fortrydes.

Fristen på 14 dage beregnes således:
Hvis du f.eks. køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fortrydelsesfristen udløber på en helligdag, en lørdag, en søndag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Hvordan fortryder du
Inden fortrydelsesfristens udløb, skal du give os besked om, at du har fortrudt dit køb. Du kan give os besked enten pr. brev eller mail. Hvis du vil have bevis for at du har sendt beskeden, inden fristen udløber, kan du sende et anbefalet brev og gemme kvitteringen, eller gemme den sendte mail.

Du skal sende besked, om at du har fortrudt købet til:

Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J
Mail: aros@arosforsikring.dk

Hvis du fortryder
Hvis du fortryder dit køb af forsikringen, bliver købet ophævet, og du skal ikke betale noget for forsikringen. Det betyder også, at hvis der sker en skade i perioden fra du har købt forsikringen, til du fortryder, så er skaden ikke dækket af forsikringen.

Hvis du har købt forsikringen ved fjernsalg, kan du ophæve købet, hvis du ikke har fået de øvrige relevante oplysninger fra os.

Købet bliver ophævet fra det tidspunkt, hvor du sender besked til os om ophævelsen. Du skal dog være opmærksom på, at du skal betale din forsikring, indtil du ophæver købet, bortset fra de første 14 dage, som er den almindelige fortrydelsesfrist.

Vi beregner prisen i forhold til den tid, du har været forsikret og ud fra den aftale, vi oprindeligt havde indgået om køb af forsikringer.