

Aros Ulykkesforsikring

Forsikringsbetingelser U06-02



Indholdsfortegnelse

Ulykkesforsikringens hvem – hvor – hvornår – hvad?

1.	Hvem omfatter forsikringen		2
2.	Hvor dækker forsikringen		2
3.	Hvornår dækker forsikringen		2
4.	Hvad dækker forsikringen		2

Generelt for alle dækninger

5.	Fortrydelsesret		5
6.	Adgang til personoplysninger		5
7.	Hvis skaden sker		5
8.	Generel information		6
9.	Klagemuligheder		8
10.	Genoptagelse		8

Ulykkesforsikringen

11.	Behandlingsudgifter		9
12.	Tandskade		9
13.	Varigt mén		10
14.	Begravelseshjælp (gælder forsikrede under 18 år)		11
15.	Ungdomstandsforsikring (gælder forsikrede mellem 18-29 år)		13

Tilvalgsdækninger

16.	Strakserstatning		17
17.	Tyggeskade		17
18.	Motorsport og ATV		18
19.	Ekstra hjælp		19
20.	Dødsfald (gælder forsikrede over 18 år)		20



1. Hvem omfatter forsikringen

- 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, tandskade, behandlingsudgifter og begravelseshjælp på sum kr. 50.000. 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 hele verden uden tidsbegrænsning.

3. Hvornår dækker forsikringen

3.1 Heltidsulykke

Forsikringen dækker hele døgnet.

3.2 Fritidsulykke

Forsikringen dækker i fritiden.

Fritidsulykke dækker ikke følger af ulykkestilfælde:

- Sket under arbejde for andre, dvs. arbejde omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring, lov om værnepligtige eller anden tilsvarende lov.
- Sket ved deltidsarbejde med en arbejdstid på under 25 timer om ugen.

4. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker

4.1 Ulykkestilfælde

Forsikringen dækker direkte følger af ulykkestilfælde, og gælder enten som en heltidsulykkesforsikring eller en fritidsulykkesforsikring.

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

Som ulykkestilfælde anses også solstik, hedeslag, insektbid, forfrysninger og drukning.



4.2 Farlig sport

Forsikringen dækker farlig sport, medmindre der er tale om:

- Ekstrem sport, jf. pkt. 4.6.
- Professionel sport, jf. pkt. 4.7.
- Motorsport og ATV, jf. pkt. 4.8.

Forsikringen dækker ikke

4.3 Manglende årsagssammenhæng

For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og personskaden.

I vurderingen af årsagssammenhæng bliver der bl.a. lagt vægt på, om hændelsen – isoleret set – er egnet til at forårsage varig personskade. Heri ligger også, at hændelsen skal være egnet til at forårsage den indtrådte personskade

4.4 Sygdom m.m.

- Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg. Dette gælder også, selvom sygdommen eller sygdomsanlægget ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.
- Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.
- Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.
- Skader på kroppen sket som følge af overbelastning.
- Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.
- Skader på kroppen som følge af almindelige dagligdags bevægelser, f.eks. at bukke sig, rejse sig, gå, sætte sig eller række ud efter.
- Skader på kroppen som følge af overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykkestilfældet.
- Skader, der skyldes smitte med sygdomme, 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.
- Følger af læge-, tandlæge-, og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.
- Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.
- Udgifter til transport.
- Udgifter til medicin eller hjælpemidler.

4.5 Grov uagtsomhed, selvforskyldt beruselse m.m.

Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde:

- Der er fremkaldt af dig med vilje (forsæt) eller ved grov uagtsomhed, uanset din sindstilstand eller tilregnelighed.
- Der skyldes deltagelse i slagsmål.
- Som følge af dine strafbare handlinger.
- Der skyldes selvforskyldt beruselse.
- Som følge af selvforskyldt påvirkning af narkotika.
- Som følge af selvforskyldt påvirkning af andre rusmidler.
- Efter selvmordsforsøg



4.6 Ekstrem sport

Forsikringen dækker ikke ulykkestilfælde, der sker under udøvelse af eller ved aktiv deltagelse i en af følgende aktiviteter og sportsgrene:

- Ekspeditioner.
- Basejumping.
- Hestevæddeløb.
- Military ridning.
- Armored combat.
- MMA.
- Soloklatring.
- Fridykning.
- Skader, der opstår, når du er fører af et luftfartøj.
- Øvrige aktiviteter og sportsgrene, der kan sidestilles med ovennævnte.

4.7 Professionel sport

Vi dækker ikke ulykkestilfælde, der sker under træning eller deltagelse i professionel sport, hvis løn, honorar, sponsorater og anden lignende indkomst samlet overstiger 40.000 kr. årligt.

4.8 Motorsport og ATV

Forsikringen dækker ikke ulykkestilfælde, der sker under udøvelse af eller ved aktiv deltagelse i en af følgende aktiviteter:

- ATV-, motocross-, gokart-, speedwaykørsel eller lignende.
- Enhver skade, der opstår, når du deltager i motorløb, konkurrencekørsel, track day eller træning hertil.
- Kørsel på godkendt bane eller lignende.

Du kan tegne en tilvalgsdækning.

4.9 Krig og lignende

Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der skyldes:

- Udløsning af atomenergi, kerneeksplosion, radioaktiv stråling eller bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- Borgerlige uroligheder, oprør, krig, terror eller jordskælv.

Uanset ovennævnte, dækker forsikringen ulykkestilfælde som følge af krig uden stormagtsindblanding, oprør eller borgerlige uroligheder, der indtræffer i det land, hvori den du opholder dig 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 du ikke selv deltager i handlingerne.
- At ulykkestilfældet ikke skyldes frigørelse af atomkraft.



5 Fortrydelsesret

Ved nytegnning af en forsikring kan du fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

5.1 Fortrydelsesfristen

Fortrydelsesfristen er 14 dage og regnes fra det seneste af følgende tidspunkter:

- Den dag, hvor du modtager besked om, at forsikringsaftalen er indgået, eller
- Den dag, hvor du har fået tydelig skriftlig oplysning om fortrydelsesretten.

Hvis du f.eks. har modtaget besked om aftalens indgåelse mandag den 1. og ligeledes har fået oplysning om fortrydelsesretten denne dato, har du frist til og med mandag den 15. i den måned.

Hvis du først har fået oplysningen om fortrydelsesretten senere, f.eks. onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17. i den måned.

Hvis fristen udløber på en helligdag, en lørdag, en søndag, grundlovsdag den 5. juni, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

5.2 Hvordan fortryder du

Inden udløbet af fortrydelsesfristen skal du underrette os om, at du har fortrudt aftalen. Gives denne underretning pr. post, er det tilstrækkeligt, at du sender brevet inden fristens udløb.

Underretning skal gives til os med angivelse af policenummer. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du f.eks. sende underretningen pr. anbefalet post og opbevare postkvitteringen.

6. Adgang til personoplysninger

Du kan altid rette henvendelse til os og få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har også ret til at få ændret forkerte oplysninger. Ved henvendelse til os, skal du oplyse dit kunde- eller policenummer.

Du kan se vores persondatapolitik på vores hjemmeside www.aros-forsikring.dk. Her finder du også vores indsigtsblanket.

7. Hvis skaden sker

7.1 Anmeldelse af ulykkestilfælde

Enhver skade skal hurtigst muligt anmeldes skriftligt til os. Du kan døgnet rundt anmelde skader til os på www.aros-forsikring.dk.

Sammen med anmeldelsen, skal du vedlægge journal fra første lægekontakt, fx skadestuejournal eller egen læges journal.

Har ulykkestilfældet medført døden, skal dette meddeles os indenfor 48 timer.

7.2 Anmeldelsespligt

Hvis forsikringen er ophørt, dækker vi alene skader, som du anmelder senest 6 måneder efter forsikringen er ophørt.

7.3 Yderligere oplysninger

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke yderligere oplysninger, der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen. Du er forpligtet til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om for at kunne behandle sagen.

Vi betaler for udgifter til journaler, attester og erklæringer, som vi finder er nødvendige for at kunne vurdere sagen.



7.4 Hvis ulykkesforsikring i andre selskaber

Hvis du har tegnet flere ulykkesforsikringer i andre selskaber, skal du oplyse os om dette.

Hvis du har ulykkesforsikring i andre selskaber med en samlet forsikringssum på mere end 10 mio. kr., sker erstatnings- beregningen for den tegnede forsikring forholdsmæssigt, som hvis den samlede tegnede sum var 10 mio.

En eventuel forholdsmæssig nedsættelse af erstatningen sker uden reduktion i prisen.

8. Generel information

8.1 Du/dig og vi/os

Når der i forsikringsbetingelserne står "du" eller "dig", betyder det dig som forsikrede/skadelidte, der er omfattet af forsikringen, jf. afsnit 1. Når der står "vi" eller "os" betyder det Aros Forsikring som forsikringsselskab.

8.2 Risikoændringer

Du skal oplyse os om ændringer i forhold til policen, så vi kan tage stilling til, om forsikringen kan fortsætte og i givet fald på hvilke vilkår og til hvilken pris. Dette gælder, hvis:

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

Undladelse af at give ovennævnte meddelelse kan medføre, at retten til erstatning bortfalder helt eller delvist, jf. forsikringsaftalelovens regler.

8.3 Indeksregulering

Forsikringssummen og præmien bliver indeksreguleret én gang om året ved den første opkrævning i kalenderåret.

Indeksreguleringen følger udviklingen i lønindekset for den private sektor fra Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, kan vi bruge et andet indeks fra Danmarks Statistik. Indekset for første kvartal året før danner grundlag for reguleringen.

Forsikringssummen på kr. 1.000.000 og begravelseshjælp på kr. 50.000 i pkt. 1.2 og 14.1 indeksreguleres ikke. Erstatningen beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse på skadetidspunktet.

8.4 Præmiens betaling

Du betaler første gang, når forsikringen træder i kraft. Senere betalinger er på de aftalte forfaldsdage. Betaling kan ske via Betalingsservice eller indbetalingskort.

Vi sender en opkrævning til den opgivne betalingsadresse eller e-Boks. Hvis din betalingsadresse ændres, skal vi straks underrettes.

Sammen med præmien opkræver vi administrationsomkostninger, der dækker vores udgifter ved behandlingen. Vi opkræver også eventuelle lovpligtige afgifter til staten, som f.eks. bidrag til garantifond.



Betaler du ikke til tiden, sender vi en rykker om betaling. Rykkerbrevet fremsendes tidligst 14 dage efter forfaldsdagen. Vi oplyser samtidig om konsekvenserne af for sen betaling, herunder ophør af forsikringen, hvis præmien ikke er blevet betalt senest 21 dage efter afsendelsen af rykkerbrevet. Vi er berettiget til at opkræve et gebyr, der dækker udgifterne i forbindelse med rykkerbrevet.

Rykker om betaling sendes til den opgivne betalingsadresse eller e-Boks.

8.5 Ændring af forsikringsbetingelser og priser

Vi kan ændre forsikringsbetingelser og præmie til hovedforfald.

Vi varsler ændringer, der medfører en forringelse af pris eller forsikringsbetingelser med den frist, der gælder ved opsigelse til hovedforfald, jf. pkt. 8.6.1.

Sker ændringen i forbindelse med en skade, kan ændringen dog varsles med den frist, der gælder ved opsigelse efter en skade, jf. pkt. 8.6.2.

Vi kan uden varsel opdatere forsikringsbetingelserne, herunder sprogligt, sætte prisen ned eller forbedre dækningerne.

8.6 Opsigelse

Vi foretager løbende en risikovurdering af vores kunder. Vi vurderer på tværs af dine forsikringer. Det betyder, at prisen for den enkelte forsikring kan afhænge af skadeforløbet på alle dine forsikringer, herunder også dine tilvalgsdækninger.

8.6.1 Normal opsigelse

Forsikringen er tegnet for en 1-årig periode og vedvarer, indtil enten du eller vi opsiger denne med mindst en måneds skriftlig varsel til hovedforfald.

8.6.2 Opsigelse ved skade

Når vi har modtaget en skadeanmeldelse, kan både du og vi indtil 14 dage efter betaling af erstatning eller afvisning af skaden, opsige forsikringen skriftlig med 14 dages varsel.

I stedet for at opsige forsikringen kan vi inden for samme frist gøre en fortsættelse af forsikringen betinget af særlige vilkår og priser, jf. pkt. 8.5.

8.6.3 Ekstraordinær opsigelse

Du kan altid opsige forsikringen med 30 dages skriftlig varsel til udgangen af en kalendermåned. For benyttelse af denne ekstraordinære opsigelsesmulighed er vi berettiget til at opkræve et gebyr. Opsiger du forsikringen inden for det første år, koster det et ekstra gebyr.

8.6.4 Børn

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



8.7 Modregning

Hvis vi har et krav mod dig i anledning af (i) denne forsikringsaftale eller (ii) en hvilken som helst anden forsikringsaftale, og du samtidig har krav på erstatning og/eller godtgørelse på din ulykkesforsikring som følge af en dækningsberettiget skade, er vi berettiget til at modregne vores krav i din erstatning/godtgørelse.

Det betyder, at vi nedsætter din erstatning/godtgørelse med det krav, vi har overfor dig.

Et krav kan fx være:

- at du skylder os præmie for en af dine forsikringer,
- at du ikke har betalt din selvrisiko,
- at vi har betalt erstatning for en skade, der ikke er dækket på din forsikring,
- at vi har et berettiget regreskrav mod dig.

Hvis vores krav mod dig overstiger den erstatning/godtgørelse, du har krav på, vil der opstå et regreskrav mod dig, som du skal betale til os.

Vores aftalte ret til modregning påvirker ikke vores ret til at foretage modregning overfor dig i henhold til reglerne om tvungen modregning.

8.8 Forsikring i andet selskab

Har du købt en forsikring mod samme risiko i et andet forsikringsselskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde skaden til begge selskaber.

Hvis det andet forsikringsselskab undtager eller indskrænker erstatningspligten, hvis du er dobbeltforsikret, gælder de samme undtagelser og indskrænkninger også for denne forsikring.

Det vil betyde, at vi og det andet forsikringsselskab skal betale forholdsmæssig erstatning.

8.9 Refusion fra andre

Hvis din behandling kan betales af det offentlige, eller du er berettiget til tilskud fra det offentlige, er du forpligtet til at modtage dette.

Vi modregner derudover tilskud fra Sygeforsikringen Danmark og/eller tilskud fra den offentlige sygesikring.



9. Klagemuligheder

Klageansvarlig

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din sag for at få en revurdering. Hvis du efter fornyet henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte vores klageansvarlige på:

Aros Forsikring GS Att.: Klageansvarlig Viby Ringvej 4B, 8. 8260 Viby J

E-mail: klage@aros-forsikring.dk.

Ankenævnet for Forsikring

Hvis du, efter modtagelse af svar fra vores klageansvarlige, stadig er utilfreds, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring

Anker Heegaards Gade 2

1572 København V

Tlf. 3315 8900

E-mail: ankeforsikring@ankeforsikring.dk

Klager til Ankenævnet for Forsikring skal indgives elektronisk via ankenævnets hjemmeside: www.ankeforsikring.dk. Det koster et mindre gebyr at klage.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

Hvis du er uenig i vores fastsættelse af méngraden i din sag, kan du indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, der kan afgive en vejledende udtalelse om méngraden.

Hvis du ønsker Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vurdering, skal du betale det gebyr, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har fastsat.

Gebyret indbetales til Aros Forsikring, der forestår fremsendelsen af sagen til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad, end den vi har fastsat, betaler vi gebyret tilbage til dig.

10. Genoptagelse

Når en sag er afsluttet, kan den senere genoptages, hvis du anmoder om det. Genoptagelsen kræver, at du fremsender lægelig dokumentation for, at følgerne efter ulykkestilfældet er blevet forværret. Du skal selv betale udgifterne til denne dokumentation.



11. Behandlingsudgifter

11.1 + Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til behandling efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde hos:

- Lægehenvist fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, akupunktør, osteopat og kraniosakral-terapeut. Det er en betingelse, at fysioterapeuten eller kiropraktoren har overenskomst med den offentlige sygesikring. Forsikringen dækker indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen.
- Psykolog. Forsikringen dækker, indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 10 behandlinger.

Det er et krav for alle behandlinger, at disse er helbredende og ikke kun lindrende.

11.2 - Forsikringen dækker ikke

- Udgifter, der kan betales fra anden side, f.eks. den offentlige sygesikring, sundhedsforsikring eller en arbejdsskade- forsikring.
- Udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykkestilfældet.

12. Tandskade

12.1 + Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Ved rimelige og nødvendige udgifter forstås udgifter til genopretning af tandsættet til samme stand, som før skaden.

Dækningen omfatter også proteser, når disse bliver beskadiget ved et dækningsberettigende ulykkestilfælde, mens de er placeret i munden.

12.2 Krav til behandlingen

Hvis forsikrede er voksen (over 18 år) gælder følgende:

Behandlingen skal godkendes af os, inden den påbegyndes. Akutte nødbehandlinger må dog gennemføres uden forudgående godkendelse.

Behandlingen skal være foretaget inden 5 år fra ulykkestidspunktet. Vi dækker derfor ikke behandlinger, herunder reparation og vedligeholdelse, der skal foretages mere end 5 år efter ulykkestidspunktet.

Hvis forsikrede er et barn (under 18 år) gælder følgende:

Behandlingen skal godkendes af os, inden den påbegyndes. Akutte nødbehandlinger må dog gennemføres uden forudgående godkendelse.

Behandlingen af tandskaden skal være foretaget, inden barnet fylder 28 år. Vi dækker derfor ikke behandlinger, herunder reparation og vedligeholdelse, der skal foretages efter, at barnet er fyldt 28 år.

12.3 Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at tandbehandling skal ske i Danmark. Det samme gælder, når det skal vurderes, om forsikringen dækker.

Vi betaler for undersøgelsen hos tandlægen, men ikke for transport eller udgift til ophold.



12.4 Forsikringen dækker ikke

- Følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.
- Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.
- Tandskader opstået i forbindelse med tygning, uanset årsagen til skaden. Du kan tegne en tilvalgsdækning.
- Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.
- Følger af tandlæge-, læge- og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.
- Tandbehandling, der kan betales fra anden side, f.eks. den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.
- Følgerudgifter efter skade, som f.eks. udgifter til medicin, forbindinger, bandage, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.
- Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

12.5 Nedsættelse af erstatningen

Erstatningen kan nedsættes eller helt bortfalde, hvis tandens/tændernes og alle former for protesers tilstand var forringet inden ulykkestilfældet, f.eks. som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, parodontose eller anden sygdom i tænderne og de omgivne knogler.

Det forhold, at en beskadiget tand er et led i en bro, at nabotænder mangler, eller at en beskadiget tand i forvejen er svækket, kan ikke medføre større erstatning end svarende til den nødvendige behandling af en sund tand.

13. Varigt mén

13.1 Erstatningens fastsættelse

Hvis ulykkestilfældet har medført en méngrad på mindst 5 %, har du ret til erstatning.

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.

Méngraden fastsættes efter din medicinske méngrad, dvs. uden hensyn til specielle erhverv eller færdigheder, og grundlaget for fastsættelsen er Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel.

Grundlaget for erstatningen er således en medicinsk méngradsbedømmelse og ikke en erhvervsevnetabsvurdering.

Ved varigt mén, som ikke umiddelbart kan fastsættes efter den ovenfor nævnte méntabel, ansættes méngraden skønsmæssigt uden hensyntagen til dit erhverv eller sociale forhold.

13.2 Bestående invaliditet

Forsikringen dækker ikke invaliditet, du havde før ulykkestilfældet. Forudbestående invaliditet kan heller ikke medføre, at erstatningen bliver højere, end hvis du ikke havde haft en sådan invaliditet. Dette gælder uanset, om du havde symptomer fra din forudbestående invaliditet op til ulykkestilfældet.

Får du en skade på et af de såkaldte parrede organer, det vil sige øjne, ører, lunger og nyrer, og der i forvejen er skade på det andet organ, bliver méngraden fastsat som forskellen mellem den oprindelige méngrad og den samlede méngrad for skaden på begge organer.

Har du fået godtgørelse for et varigt mén efter et tidligere ulykkestilfælde, betaler vi i forbindelse med et nyt ulykkestilfælde ikke godtgørelse for de samme gener igen. Det gælder, uanset om de tidligere gener fortsat var til stede frem til det nye ulykkestilfælde, og om erstatningen er udbetalt af os eller et andet forsikringsselskab. Hvis du fx tidligere har fået fastsat en méngrad på 8 % for dit knæ, og du ved et nyt ulykkestilfælde pådrager dig en méngrad på 8 % for samme knæ, vil vi gøre fradrag for din tidligere méngrad, så du opnår en méngrad på 0 %.



13.3 Maksimal méngrad

Dit samlede mén kan ikke overstige 100 %. Det betyder, at hvis dit/dine eksisterende mén sammen med dit dækningsberettiget mén overstiger 100 %, ydes der for det dækningsberettiget mén kun erstatning op til 100 %. Dette gælder også, hvor dit/dine eksisterende mén ikke er sammenfaldende med det nye.

Hvis du fx tidligere har fået fastsat en méngrad på 10 % for et knæ, og en méngrad på 25 % for en hofte samt en méngrad på 20 % for en skulder, og du ved et nyt ulykkestilfælde pådrager dig en méngrad på i alt 50 % for skade på nakke og hoved, yder vi erstatning for dit nye ulykkestilfælde svarende til en méngrad på 45 %. Du opnår herved et samlet mén på 100 %.

13.4 Udbetaling

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

Det fremgår af din forsikringspolice, hvilken sum du har valgt.

13.5 Dobbelterstatning

Der udbetales dobbelterstatning ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, som medfører en méngrad på 30 % eller derover.

13.6 Børn

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



14 Begravelseshjælp (gælder forsikrede under 18 år)

14.1 Forsikringen dækker:

Forsikringen giver ret til begravelseshjælp i tilfælde af dødsfald, som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Begravelseshjælp udgør kr. 100.000. Udbetalingen sker som et engangsbeløb. Begravelseshjælp udbetales til forsikredes nærmeste pårørende.

14.2 Forsikringen dækker ikke:

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

15. Ungdomstandforsikring (gælder forsikrede mellem 18–29 år)

15.1 Aftalen

Ungdomstandforsikringen er etableret som en obligatorisk tandforsikring tegnet i samarbejde med Dansk Tandforsikring A/S (herefter kaldet DT).

Dækningen omfatter følgende tandbehandlingsområder:

Behandling	Årlig begrænsning	Omfattet
Undersøgelse og tandrensning		NEJ
Fyldninger	Max 3 stk. årligt	JA
Røntgen		JA
Bedøvelse		JA
Rodbehandlinger		JA
Paradentose	Max kr. 2.000 årligt	JA
Kirurgi		JA
Dækning af én krone, broled eller tilskud til implantat	Max kr. 5.800 årligt	JA
Bideskinne	Dækkes kun én gang hvert 5. år	JA

Protetik (kroner, broer og implantater) ud over det ovenfor angivne, vil ikke være dækket.

For forsikringen gælder dansk lovgivning, hvis denne ikke er fraveget i forsikringsbetingelserne.

15.1.1 Risikooplysninger

Forsikrede giver DT fuld adgang til journal- og røntgenmateriale, i det omfang DT finder det nødvendigt for at sikre, at en erstatningsudbetaling sker i henhold til bestemmelserne i denne forsikring.

Journalmaterialet skal leve op til dansk standard og opfylde kravene i "Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler". I fald journalmaterialet ikke findes eller ikke modtages, er DT berettiget til at afvise refusion.

DT følger ved indhentning af sådanne informationer bestemmelserne i databeskyttelsesforordningen og databeskyttelsesloven.

15.2 Hvem kan tegne forsikringen?

Ordningen er etableret som en obligatorisk forsikring for alle Aros Forsikrings kunder med en ulykkesforsikring, og som er mellem 18 - 29 år.



15.3 Information

Information fra DT til forsikrede vil ske via e-boks medmindre vi får oplyst forsikredes e-mail. I så fald vil al information blive sendt til den oplyste e-mail.

15.4 Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker de ydelsesområder, der fremgår af pkt. 15.1 i disse forsikringsbetingelser.

Den fulde liste over tandbehandlinger/ydelse findes desuden på vores hjemmeside under "praktisk info": <https://dansk tandforsikring.dk/wp-content/uploads/2019/06/erhverv.pdf>

For protetiske behandlinger (kroner, broer og implantater og lign.) dækkes der i henhold til den vedhæftede ydelsesliste. Bemærk regler vedrørende omlavning.

I forbindelse med broarbejde dækkes dog ikke kronebehandling på klinisk sunde tænder, der indgår som bropiller i en brokonstruktion, hvis der ikke er anden indikation for behandlingen.

Det er en betingelse, at protetikbehandlinger foretages af en praktiserende tandlæge i et EU/EØS-land. Hvis behandlinger foretages udenfor Danmark, kan DT stille krav om, at dokumentation for behandling herunder regning, journal og lignende materiale, overføres til dansk af en autoriseret oversætter og for forsikredes egen regning, før erstatning kan udbetales.

15.5 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende behandlinger af forsikredes tandsæt (ved tandsæt forstås forsikredes tænder, tandkød, støttevæv, kæbeknogler og kæbeled).

15.5.1 Kosmetiske tandbehandlinger og tandregulering

Alle former for kosmetiske behandlinger og tandregulering af enhver art.

Som kosmetiske behandlinger betragtes behandlinger, hvis primære formål er at give forsikredes tandsæt et bedre udseende uden, at der er tale om behandling af egentlig sygdom i tandsættet, herunder:

- afblegning af tænder.
- anden behandling af misfarvede tænder.
- udskiftning af tandfyldning, der ikke er defekt.
- tandregulering, og
- plast- og porcelænsfacader samt andre typer behandlinger, der kan sidestilles hermed.

15.5.2 Allerede diagnosticerede, igangværende, planlagte eller anbefalede behandlinger

Hvis der ved protetiske skader (kroner, broer, implantater og lign.) ikke foreligger tilfredsstillende journal-/røntgendokumentation bagud i tid (min. 3 år), vil det være DT's tandlægekonsulent, der ud fra en tandlægefaglig betragtning vurderer, om en skade reelt allerede var eksisterende på tegningstidspunktet. Hermed menes at behandlingsbehovet, hvis der havde foreligget en tilfredsstillende journal (efter dansk standard), må antages at have været anbefalet eller diagnosticeret.

Rodbehandlede tænder uden krone samt tænder, hvor det fremgår af journal- og røntgenmaterialet, at der er infraktioner (revner) eller fyldninger i 3 flader eller mere, vil ligeledes ikke være omfattet af dækning vedrørende protetik.

DT dækker ikke protetisk behandling, der af tandlægen anses for dubiøs (tvivlsom) eller følgebehandling heraf. Visdomstænder, hvor der allerede før tegningstidspunkt er diagnosticeret behandlingskrævende tilstande.

Bidhævning i form af kroner/plastopbygning, som følge af markante slid-/ætseskader, der allerede eksisterede på tegningstidspunktet, er ikke omfattet af forsikringen.

15.5.3 Manglende efterlevelse af tandlægens anbefaling

Tilstande, der forværres, hvis det skyldes manglende efterlevelse af tandlægens/tandplejers anbefaling. Diagnosticerede tilstande skal således behandles indenfor 3-6 måneder. Dette kan eksempelvis være caries, rodspidsbetændelse eller manglende protetisk behandling (krone, bro eller lign.), hvor behov herfor, fremgår af journal og/eller røntgen.

15.5.4 Manglende/ikke fuldt frembrudte tænder

Tænder, der inden tegningstidspunktet ikke eksisterer i forsikredes tandsæt (herunder områder med implantater) eller ikke fuldt frembrudte tænder. Erstatning af mælkætænder vil ligeledes heller ikke være dækket.



15.5.5 Oversete behandlinger

Oversete behandlinger eller uhensigtsmæssige behandlinger, der ikke følger normale tandlægefaglige retningslinier. Eksempelvis påsættelse af implantat i et område med parodontose, udiagnosticeret/ubehandlet caries, rodspidsbetændelse og lign.

15.5.6 Overbehandling

Overbehandling forstås som behandling hvor

- der ikke er indikation for behandling vurderet ud fra det fremsendte røntgen- og journalmateriale.
- behandlingen ikke er tilstrækkeligt velbegrunderet vurderet ud fra almindelig anerkendt tandlægefaglig standard.

15.5.7 Protetisk arbejde og evt. omlavning heraf

Holdbarheden for protetisk arbejde (kroner, broer og lign.), der helt eller delvist er dækket af DT, skal være minimum 5 år for at berettigelse til dækning af omlavning.

For implantatbehandlinger, der er dækket af DT, dækkes ikke en ny implantatbehandling.

Omlavning af behandlinger, som DT har dækket tidligere, dækkes ikke, hvis omlavningen skyldes mangelfuld kvalitet af det udførte arbejde.

15.5.8 Følgeskader fra smykker og lignende

Alle skader på tandsættet, der er opstået som følge af forsikredes brug af smykker, som limes på tænderne, piercinger i og omkring munden samt andre typer udsmykninger, der kan sidestilles hermed.

15.5.9 Garantiarbejde og fejlbehandling

Behandling som er omfattet af garantiordning aftalt mellem tandlægen og den forsikrede, samt fejlbehandling, som tandlægen er forpligtet til at erstatte eller udbedre.

15.5.10 Forsæt, grov uagtsomhed og andet

Skader på forsikredes tandsæt, som er forvoldt:

- med forsæt/vilje
- ved grov uagtsomhed
- under påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og/eller giftstoffer og
- under slagsmål og/eller håndgemæng

15.5.11 Uroligheder og andre særlige situationer

Alle behandlinger, som er en direkte eller indirekte følge af krig, krigslignende forhold, terroraktioner, optøjer, oprør, borgerlige uroligheder, epidemier, nuklear påvirkning eller andre former for force majeure.

15.6 Forsikringssum

Forsikringssummen udgør kr. 20.000.

Den samlede erstatning for et forsikringsår kan ikke overstige forsikringssummen uanset antallet af behandlinger.

15.7 Selvrisko

Selvrisko pr. forsikringsår udgør kr. 1.995.

15.8 Dækningsprocent

Forsikringen har en dækningsprocent på 100.

15.9 Anmeldelse af skade

Forsikrede skal hurtigst muligt efter udført behandling anmelde krav om erstatning til DT. I de enkeltstående tilfælde, hvor DT måtte finde det nødvendigt for at vurdere dækningsberettigelse, vil det være en betingelse, at forsikrede indsender kopi af tandlægejournal inklusiv relevant røntgenmateriale og betalt faktura for behandlingen.



DT forbeholder sig, på baggrund af det modtagne materiale, ret til at udarbejde og fremsende et tandstatusskema, som angiver, hvorledes den forsikredes tandsæt i fremtiden vil være dækket.

Journal og røntgenmateriale skal være af læsbar og god kvalitet og leve op til retningslinjerne i bekendtgørelse om "Vej- ledning om tandlægers journalføring". Forefindes den nødvendige dokumentation ikke, eller er dokumentationen ikke læsbar, er DT berettiget til at afvise en anmeldelse.

15.10 Beregning af erstatning

Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende erstatningsoversigt.

For behandlinger, hvor erstatningsbeløbet for behandlingen ikke fremgår af erstatningsoversigten, dækkes rimelige og nødvendige udgifter, som fastsættes af DT i det konkrete tilfælde.

Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dækningsberettigede udgifter for behandlinger, der er diagnosticeret/journaliseret hos forsikredes tandlæge det pågældende forsikringsår, fratrukket selvriskoen eller ud fra den dækningsprocent, der gælder.

Det er ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/journaliseret.

Hvis en skade eller lidelse, ud fra en normal tandlægefaglig vurdering, kræver mere end én behandling, kan dette betragtes som én samlet skade, også selvom behandlingerne gennemføres over mere end et forsikringsår. Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter.

15.11 Hvornår ophører forsikringen?

15.11.1 Automatisk ophør af forsikringen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Når forsikrede fylder 30 år
- Ved forsikredes død

15.12 Dækning af udgifter fra anden side

Dækkes behandlingsudgifterne helt eller delvist af det offentlige eller af en anden forsikring som f.eks. arbejdsskadeforsikring, patientforsikringen eller ulykkesforsikring, dækker DT kun sin forholdsmæssige andel.

15.13 Bortfald af krav

Ophører forsikringen, skal et krav om udbetaling af erstatning for en skade opstået eller konstateret i forsikringstiden, fremsættes skriftligt overfor DT inden 6 måneder herefter. I øvrige situationer gælder den til enhver tid gældende lovgivning om forældelse.



16. Strakserstatning

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen)

16.1 + Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde får:

- Knoglebrud.
- Helt eller delvist overrevet korsbånd.

Med brud menes gennemgående brud og ikke blot skalformede afrivninger i forbindelse med skade på ledflader og sene-/ledbåndshæfter.

Der dækkes knoglebrud på kraveben, skulder, over- og underarm, albue, håndled, mellemhånd, nakke, ryg, bækken, hofte, haleben, lår- og underben, knæ samt ankel- og mellemfod.

16.2 Krav til dokumentation og erstatningsudbetaling

Knoglebruddet skal dokumenteres ved skadestue- eller lægejournal og røntgenundersøgelse. For korsbåndslæsioner ved scanning eller kikkertundersøgelse.

Forsikringen udbetaler et engangsbeløb pr. ulykkestilfælde. Engangsbeløbet er 12.000 kr. (indeksreguleres ikke) pr. ulykkestilfælde.

Erstatningen udbetales så snart, at skaden er diagnosticeret af relevant speciallæge, og vi har modtaget og vurderet dokumentation for skaden.

Erstatningen vil ikke senere blive fratrukket en eventuel udbetaling for varigt mén.

16.3 - Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke isolerede ledbåndsskader eller knogleafrivninger (herunder skade på ledflader, ledlæber og sene-/ledbåndshæfter med afrivninger af knoglen), ligesom forsikringen heller ikke dækker brud på fingre, tæer eller andre knogler og skeletdele end dem, der er nævnt i punkt 16.1 (f.eks. er kraniebrud og brud på ribben ikke dækket).

17. Tyggeskade

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen)

17.1 + Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling, når skaden sker ved spisning, dog maksimalt 50 % af udgiften.

17.2 Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at tandbehandling skal ske i Danmark. Det samme gælder, når det skal vurderes, om forsikringen dækker.

Vi betaler for undersøgelsen hos tandlægen, men ikke for transport eller udgift til ophold. Erstatningen udbetales i danske kroner.



18. Motorsport og ATV

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen)

18.1 + Forsikringen dækker

Forsikringen dækker skader ved ATV-, motocross-, gokart-, speedwaykørsel eller lignende samt enhver skade, der opstår, når du deltager i motorløb, konkurrencekørsel, track day eller træning hertil.

Forsikringen dækker ligeledes ved kørsel på godkendt bane eller lignende.

Det er en forudsætning for dækning ved hovedlæsion, at du har benyttet fastspændt styrthjelm under kørslen.



19. Ekstra hjælp

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen)

19.1 + Forsikringen dækker

19.1.1 Transport ved behandling/genoptræning

I forbindelse med et dækningsberettigende ulykkestilfælde dækker forsikringen rimelige og dokumenterede udgifter til transport til og fra behandlingssteder i Danmark, hvis behandlingen er omfattet af forsikringen, jf. pkt. 11.

Forsikringen dækker maksimalt 5 transportere til og fra behandlingsstedet pr. ulykkestilfælde.

19.1.2 Indlæggelsesdækning

Hvis du er indlagt på hospital i mere end 3 dage som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde, kan du få udbetalt 250 kr. pr. dag. Beløbet indekseres ikke.

Dækningen gælder også, hvis du er i eget hjem, men fortsat er indlagt. Vi udbetaler erstatning fra 4. dagen og indtil udskrivelse.

19.1.3 Hjælp i hjemmet efter indlæggelse

Hvis du som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde har været indlagt i mere end 3 dage og ved udskrivning er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige huslige gøremål, dækker forsikringen rimelige og nødvendige dokumenterede udgifter til hjælp i hjemmet.

Det er en forudsætning for dækning, at du har været indlagt, og at hjælp til udførelsen af de normale daglige huslige gøremål er nødvendig som følge af din helbredstilstand efter ulykken.

19.1.4 Hjælp i hjemmet uden indlæggelse

Hvis du som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige huslige gøremål, kan du få udbetalt 250 kr. pr. dag til dækning af dokumenterede ekstraudgifter, f.eks. rengøringshjælp. Beløbet indekseres ikke.

Det er en forudsætning for dækning, at hjælp til udførelsen af de normale daglige huslige gøremål er nødvendig som følge af din helbredstilstand efter ulykken.

Vi dækker kun ekstraudgifter til hjælp, der er udført fra og med dag 4.

19.1.5 Udgifter til medicin

I forbindelse med et dækningsberettigende ulykkestilfælde dækker forsikringen udgifter til relevant lægeordineret medicin. Forsikringen dækker udgifterne i op til 6 måneder.

19.2 Maksimal dækning

Ekstra hjælp dækker højst 10.000 kr. pr. ulykkestilfælde.



20. Dødsfald (gælder forsikrede over 18 år)

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen)

20.1 + Forsikringen dækker:

Forsikringen giver ret til erstatning ved dødsfald, der er en direkte følge af et dækningsberettigende 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.

Erstatningen udbetales til forsikredes nærmeste pårørende, medmindre andet skriftligt er aftalt med os, og dette fremgår af policen.

Er der i anledning af dødsfaldet allerede udbetalt ménerstatning, nedsættes dødsfaldserstatningen med det udbetalte beløb.

20.2 Obduktion

Ved dødsfald har vi ret til at kræve obduktion.

20.3 - Forsikringen dækker ikke:

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

