

POLICE TIL ULYKKESKONTANTFORSIKRING

A. Definitioner

Ved FORSIKRINGSBEGIVENHEDEN forstås en utilsigtet beskadigelse af forsikredes legeme, som forårsages af en pludselig og tilfældig hændelse, der finder sted, mens policen er i kraft, og som er en direkte følge af ydre og/eller voldelige kræfter.

Ved TEGNINGSSALDER forstås den alder, som forsikrede højst kan have ved tegning af forsikringen. Dette fremgår af forsikringsbeviset.

Ved OPHØRSALDER forstås forsikredes alder på det tidspunkt, hvor policen ikke længere forlænges. Dette fremgår af forsikringsbeviset.

Ved FORSIKREDE forstås alle de forsikrede, der er anført på forsikringsbeviset.

Ved FORSIKRINGSSELKABET forstås det forsikringselskab, som har udstedt denne police, og hvis navn er anført på forsikringsbeviset.

Ved KUNDESERVICE forstås det på forsikringsbeviset anførte kundecenter.

Ved ALMINDELIGE BETINGELSER forstås de almindelige betingelser for denne ulykkeskontantforsikringspolice.

Ved FORSIKRINGSBEVIS forstås dokumentet vedhæftet disse almindelige betingelser, hvor der står anført informationer specifikt relateret til forsikringstager og de af forsikringen omfattede personer og specificerer dækningen i tilfælde af en skadesanmeldelse.

Ved POLICE forstås denne ulykkeskontantforsikringspolice, som omfatter de almindelige betingelser og forsiden.

Ved SAMLEVER forstås den person:

- som er lovformeligt gift med forsikringstager eller er dennes registrerede partner ved forsikringsbegivenhedens indtræden, eller
- som har boet sammen med forsikringstager i en uafbrudt periode på 12 måneder umiddelbart inden forsikringsbegivenhedens indtræden, og som heller ikke er lovformeligt gift eller en registreret partner.

Ved POLICENS IKRAFTTRÆDELSESDATO forstås den dato, måned og år, hvor dækningen træder i kraft som anført på forsikringsbeviset.

Ved LEGEMSSKADE forstås en legemsbeskadigelse, som er direkte forårsaget af en forsikringsbegivenhed og ikke skyldes andre årsager, herunder en sygdom, og som direkte medfører hospitalsindlæggelse.

Ved FORSIKREDE BØRN forstås alle forsikringstagers ugifte børn (herunder stedbørn), forsikringstagers og/eller dennes samlevers børn og børn mellem 18 og 8 år (eller 23 år for fuldtidsstuderende), som er hjemmeboende (undtagen i skolesemestrene) og forsørges af forsikringstager.

DANMARK omfatter Kongeriget Danmarks hovedlandområder og de oversøiske områder, herunder Grønland.

HOSPITALSINDLÆGGELSE/INDLAGT PÅ HOSPITAL henviser til, at en person er indlagt på et hospital til nødvendig behandling for en legemsskade. Hospitalsindlæggelsen skal være lægeordineret og skal vare i mindst et fuldt døgn.

Hospitalsindlæggelse omfatter ikke ambulante pleje og behandling, herunder ambulante operationer eller ambulante observation på et hospital.

Ved HOSPITAL forstås en lægelig institution, som har alle faciliteter til operation og behandling af indlagte patienter og yder sygepleje døgnet rundt. Udtrykket hospital omfatter ikke en institution eller en del deraf, der primært drives som:

- et rekreationshjem, en rekreativinstitution, et hvilehjem eller et plejehjem, eller
- en institution, der primært yder elevpleje eller uddannelse, eller
- en institution for ældre, narkomaner eller alkoholikere, eller
- et rehabiliteringscenter, eller
- hjemmepleje.

Ved YDELSE(R) forstås den på forsikringsbeviset anførte økonomiske dækning.

Ved SYGDOM forstås enhver ændring i helbredet, som enten organisk eller funktionelt har en endogen årsag. Sygdom omfatter specifikt slagtilfælde, hjerteanfald og epileptiske anfald.

Ved LÆGE forstås en person, der er behørigt autoriseret og fagligt uddannet til at stille en diagnose og behandle fysiske sygdomme og skader. Lægen skal levere ydelser, der er omfattet af vedkommendes autorisation. Lægen må ikke være forsikrede selv, dennes samlever, eller forsikredes eller dennes samlevers far, mor, barn, bror eller søster.

Ved GRATIS DÆKNINGSPERIODE forstås den periode, der begynder ved policens ikrafttræden, og i hvilken der ydes gratis dækning i henhold til policen.

FORSIKRINGSTAGER betyder den person eller enhed, der tegner policen, og som betaler forsikringspræmierne.

Ved UDLANDET forstås Algeriet, Andorra, Australien, Azorerne, Bermuda, Brasilien, Canada, Caribien, Costa Rica, Kroatien, Egypten, Den Europæiske Union (eksklusive Danmark), Fransk Polynesien, Gibraltar, Guyana, Island, Japan, La Réunion, Liechtenstein, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Madeira, Maldiverne, Mexico, Monaco, Marokko, Ny Caledonien, New Zealand, Norge, Saint Pierre og Miquelon, San Marino, Serbien, Montenegro, Singapore, Sydafrika, Sydkorea, Schweiz, Thailand, Tunesien, Tyrkiet, USA, Vatikanstaten, Wallis og Futuna.

Ved NØDVENDIG BEHANDLING forstås lægebehandling, som svarer til den for tiden almindeligt accepterede behandlingsstandard i Danmark. Enhver hospitalsindlæggelse, operation, behandling eller ydelse, som ikke er velbegrunderet som behandling og anerkendt i Danmark af et etableret lægeligt organ, anses ikke for nødvendig behandling. Enhver behandling eller tilknyttet ydelse af eksperimentel art anses heller ikke for nødvendig behandling. Forsikringsselskabet kan søge rådgivning hos lægefaglige ekspertorganer eller indhente udtalelser fra andre lægefaglige eksperter for at afgøre, om den lægelige behandling er:

- nødvendig ud fra et lægeligt synspunkt, og
- svarer til fagligt anerkendte behandlingsstandarder hvad angår kvalitet, frekvens og varighed.

B. IKRAFTTRÆDELSESDATO, DÆKNINGSPERIODE OG OPSIGELSE

Ikrafttrædelsesdato og dækningsperiode: Under forudsætning af, at forsikringsselskabet antager forsikringen og dokumenterer dette ved at sende en police til forsikringstager, træder forsikringen i kraft på den på forsikringsbeviset anførte dato.

Forsikringen løber en måned ad gangen og bliver automatisk stiltiende fornyet hver måned for samme periode under forudsætning af, at præmien betales.

Undtagen under de nedenfor anførte omstændigheder, hvor policen stiltiende fornys, eller hvor policen udtrykkeligt opsiges, ophører policen på den dato, hvor policen første gang skal fornys efter enten en forsikret har nået ophørsalderen eller ved forsikringstagers eller dennes samlevers død.

Opsigelse af policen: 14 dages fortrydelsesret:

Forsikringstager har ret til at opsiges policen i 14 dage, efter at du har modtaget de oplysninger, som forsikringsselskabet skal fremsende til forsikringstager i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 34 e. Hvis den første eller efterfølgende månedlige præmier er gratis, sker der ingen tilbagebetaling af præmien i tilfælde af opsigelse i denne periode. En anmodning om opsigelse i denne periode skal fremsættes enten pr. telefon eller skriftligt til Kundeservice, hvis adresse er anført på forsikringsbeviset.

Ret til opsigelse efter den første fortrydelsesperiode:

Forsikringstager kan når som helst opsiges forsikringen ved henvendelse til Kundeservice. Opsigelsen træder i kraft på den næste månedlige fornyelsesdato for policen.

Forsikringsselskabet kan ligeledes opsiges forsikringen på hver månedlig fornyelsesdato under forudsætning af, at forsikringstager får 15 (femten) dages skriftligt varsel ved brev med modtagelseskvittering til dennes sidst kendte adresse. Ved opsigelse af forsikringen enten fra forsikringstagers eller forsikringsselskabets side ophører forpligtelsen til at betale præmie med virkning fra opsigelsens ikrafttrædelsesdato.

C. Dækningsomfang

Hvis en af de på forsikringsbeviset anførte forsikrede personer bliver indlagt på hospitalet, vil forsikringsselskabet med forbehold for de vilkår og begrænsninger, der er anført i policens afsnit om skadesafregning, betale ydelserne ved hospitalsindlæggelse som vist på forsikringsbeviset.

D. Berettigelse

For at være berettiget til dækning skal forsikrede og eventuelt dennes samlever:

være mellem 18 år og tegningsalderen på forsikringens ikrafttrædelsesdato og have fast bopæl i Danmark i mindst 7 måneder i hver 12-måneders periode.

Hvis en forsikret flytter bort fra Danmark i mere end 5 måneder af en 12-måneders periode, ophører dækningen for denne uden yderligere varsel på fornyelsesdatoen efter udløbet af denne periode.

E. Fremgangsmåde og krav ved skader

E1. Anmeldelse af skade

Hvis en forsikret ønsker at anmelde en skade, skal vedkommende henvende sig til Kundeservice og anmode om en anmeldelsesblanket. **Skader skal anmeldes til Kundeservice så hurtigt som muligt. Sen anmeldelse kan påvirke skadesagen. Efter modtagelse af anmeldelsesformularen skal forsikrede senest 90 dage, efter at Kundeservice sendte anmeldelsesblanketten, udfylde og returnere**

anmeldelsen til forsikringsselskabet sammen med nedenstående oplysninger.

Forsikrede skal om muligt sende følgende dokumentation med skadesanmeldelsen (listen er ikke udtømmende):

- En kopi af forsikringsbeviset
- Journaler fra hospitalet
- Udskrivningsrapporten fra hospitalet, der klart viser datoerne for indlæggelse på og udskrivning fra hospitalet samt de ydelser, der er leveret under hospitalsopholdet
- Evt. lægeregninger i forsikredes besiddelse
- Journaler og røntgenregninger i forsikredes besiddelse
- Kopi af evt. officielle rapporter i forsikredes besiddelse, som f.eks. en politirapport om ulykken eller en skadesrapport optaget i forbindelse med ulykkestilfældet
- Eventuelle avisudklip
- Kopi af arbejdsskadesanmeldelsen, som er sendt til Arbejdsskadestyrelsen, hvis ulykkestilfældet fandt sted på arbejde
- Eventuel anden dokumentation for, at forsikrede, der er blevet påført en legemsskade, opfylder definitionen på en forsikret ifølge afsnit A af denne police, såsom en vielsesattest, fødselsattest eller adoptionspapirer
- Kopi af et nyligt kontoudtog fra banken (udstedt inden for de foregående 3 måneder).

Alle disse dokumenter bør indsendes pr. post med modtagelseskvittering og vil blive returneret af forsikringsselskabet, ligeledes med modtagelseskvittering.

Kundeservice sender samtidig med anmeldelsesformularen også et spørgeskema om lægelige forhold, som forsikrede skal anmode en læge efter eget valg om at udfylde. For at sikre fortroligheden vil denne læge blive bedt om at indsende oplysninger om forsikredes helbredstilstand og det udfyldte spørgeskema i en separat kuvert mærket "Fortroligt" til forsikringsselskabets læge. Forsikringsselskabets læge vil afgive sine konklusioner som led i den administrative behandling af skaden. Forsikringsselskabet forbeholder sig under alle omstændigheder retten til at anmode om alle de dokumenter og oplysninger, som anses for nødvendige for at kunne træffe en afgørelse om skaden (især med hensyn til dokumenter, som forsikrede kan indhente fra det hospital, hvor behandlingen blev givet), og til at anmode forsikrede om på forsikringsselskabets regning at lade sig undersøge af en læge.

Hvis forsikrede nægter at lade sig undersøge af en læge, medfører det automatisk suspension af dækningen i en periode på 60 dage fra fremsættelse af anmodningen, og forsikringen bortfalder ved udløbet af denne periode.

For at forsikringsselskabet kan vurdere vores forpligtelser over for dig skal du, efter anmodning fra os, give tilsagn til, at vi må indhente de nødvendige oplysninger fra læger, hospitaler og andre plejefaciliteter.

For at sikre en effektiv behandling af sagen er forsikringsselskabet berettiget til at udpege en uvildig organisation til at behandle sagen i forsikringsselskabets navn. Forsikringsselskabet giver de nødvendige oplysninger og enkeltheder, når der anmeldes en skade.

E2. Skadesafregning

Skader afregnes kun, når alle skadesoplysninger er givet, og der er opnået enighed om skadens omfang. Hvis det er åbenbart, allerede inden der opnås enighed om skadens omfang, at en del af skaden uden tvivl skal dækkes af forsikringsselskabet, kan forsikrede kræve dette beløb udbetalt

senest 14 dage efter, at forsikrings-selskabet har modtaget alle de nødvendige oplysninger til at afgøre skadens omfang.

Betalbare ydelser afregnes senest 14 dage efter modtagelse af alle udbedte oplysninger og dokumenter.

Ydelserne udbetales til forsikrede, hvis denne er i live, eller til arvingerne i tilfælde af forsikredes død.

Med forbehold af denne policies vilkår og betingelser betaler forsikrings-selskabet de i policen anførte ydelser i overensstemmelse med afsnit G, Andre bestemmelser, som følger:

A – DAGLIG YDELSE VED HOSPITALSINDLÆGGELSE

Forsikrings-selskabet betaler den på forsikringsbeviset anførte daglige ydelse for hospitalsindlæggelse, så længe forsikrede er indlagt på hospital i en periode af mindst et fuldt døgn varighed og forsikrede:

- 1) modtager professionel behandling af en læge, og
- 2) indlæggelsen skete senest 90 dage efter forsikringsbegivenhedens indtræden. Ydelserne betales fra indlæggelsestidspunktet for et maksimalt hospitalsophold på 365 dage pr. forsikringsbegivenhed.

B – DAGLIG TILLÆGSYDELSE VED HOSPITALSINDLÆGGELSE I UDLANDET

Forsikrings-selskabet betaler den daglige tillægsydelse ved hospitalsindlæggelse i udlandet som anført på forsikringsbeviset, så længe forsikrede er indlagt på hospital i udlandet i en periode af mindst et fuldt døgn varighed, og:

- 1) forsikrede modtager professionel behandling af en læge,
- 2) forsikrede blev indlagt senest 30 dage efter forsikringsbegivenhedens indtræden, og
- 3) forsikringsbegivenheden, der forårsagede legemsskaden, og indlæggelsen skete i udlandet. Ydelserne betales fra indlæggelsestidspunktet for et maksimalt hospitalsophold på 30 dage pr. forsikringsbegivenhed. Hospitalsindlæggelse i et land, som ikke er defineret som udlandet, berettiger ikke til ydelser.

Bemærk:

Ydelsesbeløbets størrelse er den gældende sats ved forsikringsbegivenhedens indtræden. Ydelse A udbetales kun ved hospitalsindlæggelse i Danmark. Hvis ydelse B udbetales, betaler forsikrings-selskabet imidlertid også ydelse A. Genindlæggelse: For at berettige til ydelser skal genindlæggelse i forbindelse med den samme legemsskade finde sted inden for 90 (halvfems) dage efter første hospitalsindlæggelse. Det på forsikringsbeviset anførte ydelsesniveau er den gældende sats ved den oprindelige forsikringsbegivenheds indtræden. Ingen beløb udbetales med hensyn til forsikringstagers børn under 8 år på tidspunktet for hospitalsindlæggelsen. E3. Begrænsning af forsikredes krav

Hvis forsikrings-selskabet nægter at betale ydelsen, bortfalder forsikredes krav, medmindre forsikrede klager til Ankenævnet for Forsikring (jf. afsnit G9) eller anlægger sag ved de almindelige domstole senest 6 måneder efter modtagelse af forsikrings-selskabets afslag.

Klagefristen løber fra det tidspunkt, hvor forsikrede modtager skriftlig meddelelse fra forsikrings-selskabet om, at forsikrings-selskabet nægter at betale ydelsen. Den skriftlige meddelelse skal også omfatte oplysninger om, hvornår klagefristen udløber, hvordan klagefristen kan afbrydes og følgerne, hvis klagefristen ikke afbrydes.

F. Undtagelser

Der betales ikke ydelser for forsikredes legemsskade, hvis denne:

- er forårsaget af en eksisterende eller tidligere sygdom. Sygdom omfatter slagtilfælde, hjerteanfald, epileptiske anfald og andre lignende lidelser,
- forsættligt er forårsaget af forsikrede selv, uanset om forsikrede er tilregnelig eller utilregnelig i gerningsøjeblikket,
- skyldes krig eller krigshandlinger (uanset om der er erklæret krig eller ej), invasion, udenlandske fjenders handlinger, borgerkrig eller uro, oprør, uroligheder eller sker under tjeneste ved søværnet, hæren eller luftvåbnet, inklusive i forbindelse med øvelser,
- skyldes stråling eller forurening eller følgerne af stråling eller skyldes forureningen fra eller følgerne af biologiske eller kemiske midler,
- finder sted under flyvning, medmindre det sker som betalende passager på et rutefly,
- finder sted under en fartkonkurrence, som ikke foregår til fods eller ved svømning,
- finder sted under deltagelse i svømmedykning, bjergbestigning, huleudforskning eller faldskærmsudspring,
- skyldes, at forsikrede bevidst eller uagtsomt udsætter sig selv for fare,
- finder sted, mens forsikrede (midlertidigt eller på anden måde) er under indflydelse eller påvirkning af lægemidler, der ikke er blevet taget i overensstemmelse med lægens anvisninger,
- finder sted, mens forsikrede (midlertidigt eller på anden måde) er under indflydelse af alkohol eller er påvirket af alkohol, og/eller alkoholprocenten i forsikredes blod er på mindst 0,5 g alkohol pr. liter blod,
- finder sted, mens forsikrede er ved at begå overfald, en lovovertrædelse eller en terrorhandling eller forsøg derpå,
- finder sted som følge af et overfald på forsikrede, som ikke anmeldes til politiet på det tidspunkt, hvor hændelsen sker,
- skyldes en sygdom, fysisk eller psykisk svækkelse eller medicinsk eller kirurgisk behandling heraf, eller at den forsikrede handler mod lægens råd,
- finder sted, mens den forsikrede sidder i fængsel.

G. Andre bestemmelser

G1. Dobbeltforsikring

Dækning kan kun fås i henhold til én ulykkeskontantforsikring hos forsikrings-selskabet.

Hvis det konstateres, at forsikrede er dobbeltforsikret, vil forsikrede anses for at være forsikret i henhold til den ulykkeskontantforsikring, der udbetaler den højeste ydelse. Denne police erstatter enhver tidligere police udstedt for en ulykkeskontantforsikring. Forsikrings-selskabet refunderer eventuelle præmier betalt for at opnå dobbeltdækning af forsikrede.

G2. Præmie

Efter den på forsikringsbeviset anførte gratis dækningsperiode skal den på forsikringsbeviset anførte betalbare præmie betales hver måned på den samme dag i måneden, som policen blev tegnet, og som er anført på forsikringsbeviset.

Præmien skal i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 12 betales senest 21 dage efter påkrav fra forsikrings-selskabet. Hvis præmien ikke er betalt ved udløbet af denne frist, kan forsikrings-selskabet opsige forsikringsaftalen med den konsekvens, at aftalen ophører, hvis præmien ikke betales senest 21 dage efter opsigelsen.

G3. Ændring af policebetingelserne

Ved ændring af policens betingelser sender forsikringsselskabet et tillæg herom, som forsikringstager skal underskrive og returnere til Kundeservice.

G4. Forældelse

I henhold til forsikringsaftalelovens § 29 skal krav på grundlag af forsikringsaftalen rejses senest to år efter udløbet af det kalenderår, hvor forsikrede konstaterede eksistensen af kravet.

Under alle omstændigheder gælder denne frist:

1. ved manglende videregivelse eller fortielse af oplysninger, urigtige udsagn eller urigtige oplysninger om den forsikrede risiko, kun fra det tidspunkt, hvor de berørte parter blev opmærksomme på forholdet
2. ved fremsættelse af krav, kun fra den dato, hvor de berørte parter blev opmærksomme på forholdet.

G5. Valuta

Alle ydelser udbetales i danske kroner.

G6. Urigtige oplysninger

I henhold til forsikringsaftalelovens § 4 anses forsikringsaftalen ud over ved enhver anden almindelig ugyldighedsgrund for ugyldig, hvis forsikrede svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet oplysninger, som må anses for at være af betydning for forsikringsselskabet.

Som følge heraf vil forsikredes svigagtige fortielse eller afgivelse af urigtige oplysninger ved tegningen af policen gøre aftalen ugyldig, og enhver ret til ydelser for betalte præmier er fortabt.

Hvis det må antages, at forsikrede ikke vidste eller burde vide, at dennes afgivne oplysninger var urigtige, hæfter forsikringsselskabet, som var de urigtige oplysninger ikke afgivet.

Hvis forsikrede ikke svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder, men hvor det må antages, at forsikrede vidste eller burde have vidst, at de afgivne oplysninger var urigtige, hæfter forsikringsselskabet i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 6 heller ikke, hvis det kan antages, at forsikringsselskabet ikke ville have tilbudt at tegne forsikringen, hvis der var afgivet korrekte oplysninger.

Hvis det kan antages, at forsikringsselskabet ville have tilbudt den forsikrede at tegne forsikringen på trods af de urigtige oplysninger, men på andre vilkår, vil ydelsen blive reduceret forholdsmæssigt i forhold til den præmie, som skulle have været betalt, hvis risikoen havde været korrekt oplyst.

G7. Lovvalg og sprog

Denne police er underlagt dansk ret. Alle oplysninger er blevet givet på dansk.

G8. Intet afkald på rettigheder

Hvis en rettighed i henhold til policen ikke udøves, skal dette ikke anses for afkald på en sådan rettighed, og det forhindrer ikke, at denne eller en anden rettighed udøves eller påberåbes på et andet tidspunkt.

G9. Klager

Henvendelser vedrørende policen skal ske til Kundeservice, der bør være i stand til at løse problemet tilfredsstillende.

Hvis svaret ikke er tilfredsstillende, skal du skrive til den administrerende direktør for forsikringsselskabet henvendelse ved Kundeservice, som begge er nævnt på forsikringsbeviset.

Hvis ovenstående fremgangsmåde er fulgt, og der stadig ikke er fundet en tilfredsstillende løsning på forsikredes klage, kan sagen indbringes for enten:

Ankenævnet for Forsikring, Anker Heegaards Gade 2,1., 1572 København V. Forsikrede skal indlevere sin klage på en særlig blanket, som fås hos enten Kundeservice, Ankenævnet, Forbrugerrådet eller Forsikringsoplysningen, eller

The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, United Kingdom (FSA).

Henvi sning til disse organisationer påvirker ikke forsikringstagers ret til at anlægge sag mod forsikringsselskabet.

For at sikre, at forsikrede ydes en god service, kan telefonopringninger mellem forsikringsselskabet og forsikrede blive optaget på bånd og/eller blive aflyttet.