

Læsevejledning til forsikringsbetingelserne

side 1

Hvad er forsikringsbetingelser?

Når du har oprettet en pension eller en eller flere dækninger, får du et sæt forsikringsbetingelser. I dem kan du læse om

- hvordan du laver en anmeldelse
- i hvilke situationer du får en udbetaling
- hvilke regler der gælder for hver af dine dækninger
- den økonomiske side af forsikringsaftalen
- hvor og hvornår du er dækket
- hvilke vilkår der gælder generelt for forsikringsaftaler.

Hvad kan forsikringsbetingelserne bruges til?

Du kan danne dig et overblik over reglerne for din pension eller forsikring ved at læse indholdsfortegnelsen, som du finder lige efter læsevejledningen. Har du brug for en specifik oplysning - for eksempel hvis du kommer ud for en begivenhed, der giver dig ret til en udbetaling - kan du også finde den i forsikringsbetingelserne. Du kan se i indholdsfortegnelsen, hvor i betingelserne du finder oplysningen.

Vigtige ting at huske

Vi minder dig om, når det er tid til at betale til pensionen eller forsikringen, hvis ikke du betaler via din arbejdsgiver. Derudover er der nogle situationer, hvor det er vigtigt, at du selv husker at give os besked - det får vi nemlig ikke automatisk - for at bevare eller få udbetalt den dækning, du har valgt. Det gælder, hvis du

- opholder dig i eller flytter til udlandet i længere tid end et år
- bliver syg
- kommer ud for en ulykke
- ønsker at ændre, hvem der er begunstiget.

Hvis du flytter til udlandet m.v., falder dine dækninger væk enten med det samme eller efter en periode. Det er derfor vigtigt, at du giver os besked, så du kan få at vide, hvor længe du er dækket.

Det betyder begreberne

Vi er klar over, at det kan være svært at forstå nogle af de ord og begreber, vi bruger i forsikringsbetingelserne. Derfor har vi lavet en liste med forklaringer på, hvad de sværeste ord og begreber betyder.

Forsikringstager

- er den, der har lavet aftalen med os om en pension eller dækninger
- er den, vi udbetaler pensionen eller dækningerne til, medmindre det er aftalt, at andre skal have udbetalingerne helt eller delvist
- har ansvaret for, at præmie og eventuelle indskud betales
- ejer forsikringen
- råder over forsikringen, medmindre forsikringstager har indskrænket rådighedsretten eller givet den til en anden.

Forsikrede og medforsikrede

- er dem, på hvis liv og helbred forsikringen er oprettet.

Begunstiget

- er den, der får udbetalt eller overdraget pensionen eller dækningerne efter forsikringstagers død.

Forsikringsbegivenhed

- er den begivenhed, der giver ret til udbetaling af dækningen.

Arbejdsgiverordning

- er den aftale om pensionsopsparing og dækning, som en arbejdsgiver har indgået med os. På gruppeordninger er arbejdsgiver forsikringstager og medarbejder den forsikrede.

Gruppeordning

- er en forsikring, der oprettes for en afgrænset gruppe - for eksempel alle medarbejdere i en virksomhed. Den kan oprettes som en frivillig ordning eller som obligatorisk.

Finanstilsynet

- er en administrativ myndighed under Økonomi- og Erhvervsministeriet
- fører tilsyn med den danske finansielle sektor, herunder pensions- og forsikringsselskaber
- påser, at forholdene for forsikringstager og andre berettigede efter forsikringsaftalen er betryggende og rimelige ifølge lov om finansiel virksomhed §§ 20 og 21
- skal modtage anmeldelse fra os om det til enhver tid gældende tekniske grundlag for præmieberegning, regulering, præmiefri forsikring, tilbagekøbsværdi, bonus m.v.

Karens

- er en periode, hvor dækningen ikke udbetales, selvom alle andre betingelser for at få udbetalt dækningen er opfyldt.

Almindelige forsikringsbetingelser

Indhold

Anmeldelse

- Sådan gør du, når du skal have udbetalt en dækning

Dækninger

- Dækning ved Sundhedssikring

Præmie, udbetaling og omkostninger

- Præmiens betaling
- Regulering af præmie og udbetaling
- Præmieforhøjelse og ændring af forsikringsbetingelserne
- Udbetaling

Hvor og hvornår dækker forsikringen

- Forsikringsaftalen
- Hvornår træder forsikringen i kraft
- Ophør
- Opsigelse
- Geografisk dækningsområde

Generelt

- Lovgivning og aftalegrundlag
- Behandling af kundeoplysninger
- Uenighed

Anmeldelse

Sådan gør du, når du skal have udbetalt en dækning

En begivenhed, der kan give ret til udbetaling af en dækning, skal anmeldes på en blanket. Vi sender blanketten til dig, når vi får besked om begivenheden, men du kan også hente blanketten på vores hjemmeside.

Du kan her se de særlige regler for anmeldelse, der er for Sundhedssikring.

Sundhedssikring

Hvis den forsikrede kommer ud for en ulykke eller får en sygdom, der er dækket af Sundhedssikring, skal vi straks have besked. Den forsikrede og sundhedspersonen, der behandler ham/hende, udfylder hver en del af blanketten til anmeldelsen. Du kan se, hvad vi dækker i afsnittet 'Dækning ved Sundhedssikring'.

Vi dækker kun en behandling, vi har godkendt, inden den starter.

Når den forsikrede anmelder en sygdom eller ulykke, skal vi have at vide, om der er oprettet en forsikring, der dækker den samme risiko, i et andet selskab. Hvis et andet selskab også dækker, sættes vores dækning ned eller falder helt væk, fordi du ikke kan få dækket udgifter for samme sygdom eller ulykke hos to selskaber.

Dækninger

Dækning ved Sundhedssikring

Sundhedssikring er bygget op af moduler, hvor du ud over grundmodulet, der er basisdækningen, kan have en eller flere tillægsgæknninger.

Før vi udbetaler dækning

Vi dækker udgifter til behandling, når følgende betingelser er opfyldt.

- Den forsikrede lider af en sygdom eller af følger fra en ulykke og kan efter en almindelig lægelig vurdering blive rask eller få det bedre med behandling – medicinsk, kirurgisk m.v.
- Forsikringen er trådt i kraft og ikke ophørt, når diagnosen stilles.
- Forsikringen er trådt i kraft, når den forsikrede første gang søger læge eller får behandling for en sygdom/lidelse. Er forsikrede blevet behandlet for en sygdom/lidelse, før forsikringen er trådt i kraft, dækker vi ikke for følgetilstande. Behandlingen skal foretages af en person, der er autoriseret inden for sin faggruppe af Sundhedsstyrelsen.
- Behandlingen er ordineret af en læge.
- Behandlingen er rimelig efter en almindelig lægelig vurdering.
- Behandlingsstedet er i Danmark, og behandlingen foretages af en speciallæge – gælder ikke speciallæger i almen medicin – eller på et privathospital. Listen over de større privathospitaler findes på vores hjemmeside – listen opdateres løbende. Vi dækker ikke behandling på Grønland og Færøerne.

– Behandlingen sker senest tre måneder efter, forsikringen er ophørt uanset årsagen.

Hvis vi anbefaler bestemte behandlingssteder – og behandling foretages et andet sted – kan vi beslutte, at vi højst dækker de udgifter, vi vurderer behandlingen koster de anbefalede steder.

Vi kan beslutte, at behandlingen skal foretages på et bestemt behandlingssted.

Vi dækker den forsikredes faktiske udgifter, når tilskud fra det offentlige og tilskud fra andre forsikringer er trukket fra. Inden for et kalenderår dækker vi udgifter for op til det beløb, der står i dækningsoversigten – beløbet dækker udbetalinger fra grundmodulet og eventuelle ekstra tilknyttede moduler.

Vigtigt omkring anmeldelsen, når dækningen ophører

Vi skal have anmeldelsen af krav om at få udbetaling inden seks måneder efter dækningens ophør, uanset årsagen. Får vi anmeldelsen senere, er der ikke dækning ved Sundhedssikring.

Grundmodulet

Med grundmodulet dækker vi udgifter til

- 1. konsultation og forundersøgelse**
- 2. operation**
- 3. medicinsk behandling under indlæggelse**
- 4. ophold og forplejning**
- 5. efterkontrol**
- 6. ambulat genoptræning.**

Det, vi ikke dækker, står i afsnittet 'Det dækker grundmodulet ikke'.

1. Konsultation og forundersøgelse

Vi dækker den forsikredes udgifter til konsultation og forundersøgelse. Derudover dækker vi andre undersøgelser i forbindelse med konsultationen/forundersøgelsen – som for eksempel røntgenfotografering og laboratorieanalyser – der er nødvendige for at stille en diagnose.

Det er en forudsætning, at konsultationen/forundersøgelsen enten fører til en diagnose og behandling på et privathospital eller hos en speciallæge, eller efter vores lægelige skøn er rimelig og relevant for at afklare, om den forsikrede er syg.

2. Operation

Vi dækker den forsikredes udgifter til operation, uanset om han/hun behandles ambulant eller indlægges. Derudover dækker vi udgifter til midlertidige hjælpemidler, der mindst koster 1.000 kroner stykket, og som er nødvendige i efterbehandlingen efter en kirurgisk behandling – gælder ikke genoptræning. Hjælpemidlerne skal ordineres af den behandlende læge og er dækket i op til seks måneder efter operationen.

3. Medicinsk behandling under indlæggelse

Vi dækker den forsikredes udgifter til medicinsk behandling under en indlæggelse.

4. Ophold og forplejning

Vi dækker den forsikredes udgifter til hans/hendes ophold og forplejning, hvis han/hun er indlagt på et privathospital.

5. Efterkontrol

Vi dækker den forsikredes udgifter til efterkontrol af en dækningsberettiget behandling, som for eksempel røntgenundersøgelse og laboratorieanalyser. Forsikringen dækker flere efterkontroller, hvis de er nødvendige og sker senest et år efter den sidste behandlingsdag.

6. Ambulant genoptræning

Vi dækker den forsikredes udgifter til ambulant genoptræning.

Det er en forudsætning, at

- den forsikrede er opereret for en dækningsberettiget sygdom eller ulykke
- genoptræningen sker efter henvisning fra den forsikredes læge eller behandlingssted
- genoptræningen sker på privathospital, hos speciallæge eller fysioterapeut
- genoptræningen sker i Danmark indtil et halvt år efter operationsdagen.

Udgifter til hjælpemidler, der skal anvendes i forbindelse med den ambulante genoptræning, er ikke dækket.

Det dækker grundmodulet ikke

Grundmodulet dækker ikke udgifter til behandling i forbindelse med en ulykke, hvis den forsikrede selv er skyld i ulykken enten med vilje eller ved grov uagtsomhed. Det gælder også, hvis ulykken skyldes den forsikredes sindstilstand på det tidspunkt, skaden sker. En ulykke er en pludselig påvirkning udefra, der medfører en påviselig skade af kroppen. Påvirkningen skal være tilfældig, hvilket vil sige, at den sker uden den forsikredes vilje. Beskadiges forsikredes arme eller ben, kræver vi imidlertid kun, at skadeårsagen skal være pludselig, og at skaden kan bevises som en følge.

Grundmodulet dækker ikke undersøgelser og behandling

- hos alment praktiserende læger
- på skadestuer
- der ikke tilbydes i Danmark på godkendte privathospitaler eller hos speciallæger
- i udlandet samt på Grønland og Færøerne
- der er generelle eller forebyggende
- af psykiske lidelser – herunder ludomani
- af hiv-infektion og følger, som direkte eller indirekte skyldes hiv-positivitet
- i forbindelse med barnløshed, graviditet eller fødsel, herunder spontan abort.

Derudover dækkes ikke

- receptpligtig medicin, når den forsikrede ikke er indlagt
- transport, ophold og forplejning af den forsikrede ved behandling i Danmark
- kronisk dialysebehandling
- organtransplantation
- operation for nærsynethed, langsynethed eller bygningsfejl
- kosmetiske behandlinger og operationer, dog dækker vi rekonstruktion af brystet, hvis den forsikrede får fjernet en tumor, og behandling af en direkte følge af en ulykke
- behandling af afhængighed eller misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler og følger heraf
- tandlægebehandlinger, medmindre de indgår som en del af en anden behandling, der er krævet som en direkte følge af en ulykke, der er dækningsberettiget – for eksempel en

operation af kæbebrud – behandlingen skal ske på et hospital af en tandlæge og på baggrund af en lægefaglig vurdering

- akupunktur
- fedmeoperationer eller –behandling uanset årsag til operationen eller behandling
- alternativ behandling – det vil sige, at behandleren ikke er autoriseret af Sundhedsstyrelsen.

Grundmodulet dækker ikke behandling som følge af

- deltagelse i slagsmål
- ulykkestilfælde, der skyldes selvforskyldt beruselse
- ulykkestilfælde, der skyldes alkoholmisbrug eller selvforskyldt påvirkning af narkotika eller andre giftstoffer
- selvmordsforsøg eller eventuelle følger af selvmordsforsøg
- deltagelse i en farlig sport som for eksempel motorvæddeløb, bob- eller kæk-kørsel, racerbådsløb, river rafting, bjergbestigning, rappelling, drageflyvning, parasailing eller -gliding, kunstflyvning, ultra light-flyvning, ballonflyvning, faldskærmsudspring, kendo, wing tsun, thai- eller kickboxing, traktor pulling, australsk fodbold eller dykning uden for dansk område
- udløsning af atomenergi, krig eller en krigslignende tilstand, herunder eksempelvis borgerkrig.

Grundmodulet dækker ikke følger af de undersøgelser eller behandlinger, der er beskrevet i afsnittet 'Det dækker grundmodulet ikke'.

Modul 1

Sundhedssikring er udvidet med modul 1 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 1, der er beskrevet herunder.

Modul 1 dækker udgifter til

- 1. medicin**
- 2. fysioterapi**
- 3. kiropraktorbehandling**
- 4. zoneterapi**
- 5. akupunktur**
- 6. psykologbehandling**
- 7. diætist**

1. Medicin

Vi dækker den forsikredes udgifter til medicin i det første halve år fra den første behandlingsdag.

Det er en forudsætning, at medicinen er receptpligtig og indgår i behandlingen.

2. Fysioterapi

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til otte behandlinger hos en fysioterapeut inden for et kalenderår efter henvisning fra en læge.

Det er en forudsætning, at behandlingerne sker i Danmark og indgår i behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken.

3. Kiropraktorbehandling

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til fem behandlinger og en røntgenundersøgelse hos en kiropraktor inden for et kalenderår.

Det er en forudsætning, at behandlingerne sker i Danmark og indgår i behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken.

4. Zoneterapi

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til otte behandlinger hos en zoneterapeut inden for et kalenderår.

Det er en forudsætning, at

- behandlingerne sker i Danmark og indgår i behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken
- zoneterapeuten er godkendt RAB (Registreret Alternativ Behandler) – det fremgår af den originale regning og skadeanmeldelsesblanketten.

5. Akupunktur

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til otte behandlinger hos en akupunktør inden for et kalenderår.

Det er en forudsætning, at

- behandlingerne sker i Danmark og indgår i behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken
- akupunktøren er læge eller godkendt RAB (Registreret Alternativ Behandler) – det fremgår af den originale regning og skadeanmeldelsesblanketten.

6. Psykologbehandling

a. Med tilskud fra Den Offentlige Sygesikring

Vi dækker den forsikredes egen betaling af op til 12 konsultationer hos autoriseret psykolog i Danmark inden for et kalenderår.

Vi dækker dog højst 12 konsultationer for samme forsikringsbegivenhed.

Det er en forudsætning, at den forsikrede er henvist af en læge.

b. Uden tilskud fra Den Offentlige Sygesikring

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til otte konsultationer hos en autoriseret psykolog i Danmark inden for et kalenderår og for den samme forsikringsbegivenhed.

Det maksimale beløb, der kan betales pr. konsultation, fremgår af dækningsoversigten.

Det er en forudsætning, at en læge skriftligt har anbefalet psykologbehandlingen, og at den forsikrede ikke kan få dækket psykologbehandling med tilskud fra Den offentlige Sygesikring.

Inden for ét kalenderår dækkes enten fra a eller b for samme forsikringsbegivenhed.

7. Diætist

Vi dækker den forsikredes udgifter til op til 10 konsultationer hos klinisk diætist. Vi dækker op til to behandlingsforløb i hele forsikringstiden. Der skal gå mindst 12 måneder mellem hvert behandlingsforløb.

Det er en forudsætning, at

- den forsikrede er henvist af en læge
- den forsikrede har et BMI (Body Mass Index) på mindst 35.

Modul 2

Sundhedssikring er udvidet med modul 2 og derfor gælder endvidere de forsikringsbetingelser for dækningsberettiget behandling af sygdomme og ulykker for modul 2, der er beskrevet herunder.

Modul 2 dækker udgifter til

- 1. midlertidig hjælp i hjemmet**
- 2. rekreations- og behandlingsophold**
- 3. behandling i udlandet**
- 4. transport til og fra udlandet**
- 5. ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet**
- 6. forhøjelse af højeste årlige udbetaling**

Hvis den forsikrede har kræft eller en lidelse i bevægeapparatet, når han/hun indtræder i forsikringen

Vi dækker den forsikredes udgifter til behandling af kræft eller lidelser i bevægeapparatet, uanset hvornår diagnosen blev stillet før indtrædelse i forsikringen, og uanset om den forsikrede tidligere har fået behandling for sygdommen/lidelsen.

Ved leverandørskifte dækkes udover kræft eller lidelser i bevægeapparatet også andre former for lidelser, der er opstået i forsikringstiden i det afgivende selskab. Dette gælder dog kun for udgifter, der ikke skal betales af det afgivende selskab.

1. Midlertidig hjælp i hjemmet

Vi dækker den forsikredes udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet efter vores vurdering – det gælder hjælp til personlig hygiejne, på- og afklædning, rengøring og indkøb. Vi betaler for op til det antal timer inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Det er en forudsætning, at den midlertidige hjælp i hjemmet

- er nødvendig på grund af sygdommen/følgerne af ulykken – både diagnosen, der skal stilles af en læge, og behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken skal ske i forsikringstiden
- er ordineret af en praktiserende eller behandlende læge
- udføres af kommunen eller en hjemmeservicevirksomhed.

2. Rekreations- og behandlingsophold

Vi dækker den forsikredes udgifter til rekreations- og behandlingsophold i Danmark efter vores vurdering. Vi betaler højst det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

Det er en forudsætning, at

- opholdet er i forlængelse af, at den forsikrede har været indlagt på et hospital på grund af sygdommen/følgerne af ulykken – både diagnosen, der skal stilles af en læge, og behandlingen af sygdommen/følgerne af ulykken skal ske i forsikringstiden
- udgifterne er rimelige efter en almindelig lægelig vurdering
- opholdet er ordineret af en læge
- rekreations- eller behandlingsstedet er på vores liste over godkendte rekreations- og behandlingssteder – listen opdateres løbende.

3. Behandling i udlandet

Vi dækker udgifter til lægebehandling på et betalingshospital i udlandet. Vi betaler højst 30 procent over, hvad vi vurderer, behandlingen koster på et dansk privathospital. Hvis behandlingen ikke tilbydes privat i Danmark, betaler vi op til det beløb inden for et kalenderår, der står i dækningsoversigten.

4. Transport til og fra udlandet

Vi dækker den forsikredes udgifter til flybillet til og fra udlandet.

Vi betaler op til det beløb for en tur/returbillet, der står i dækningsoversigten.

Vi dækker ikke transport til Danmark, hvis den forsikrede dør i udlandet.

5. Ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet

Vi dækker udgifter, vi og en læge vurderer er rimelige og nødvendige, til en ledsagers transport, ophold og forplejning, når den forsikrede behandles i udlandet. Det maksimale beløb, der betales for en flybillet tur/retur og til ophold pr. dag, står i dækningsoversigten.

Det er en forudsætning, at det på forhånd er aftalt med os, at den forsikrede tager en ledsager med.

6. Forhøjelse af højeste årlige udbetaling

Vi forhøjer det højeste beløb, vi dækker pr. kalenderår, med 500.000 kroner i forhold til grundmodulet. Det forhøjede beløb står i dækningsoversigten.

Præmie, udbetaling og omkostninger

Præmiens betaling

Du kan her læse om, hvordan og hvornår præmien skal betales.

Betalingstidspunkt

Den første præmie og/eller det første indskud skal betales, når forsikringen træder i kraft. I dækningsoversigten kan du se, hvornår de senere præmier forfalder.

Betalingsmåde

Præmier og/eller indskud betales på den aftalte måde. Er det valgt, at præmien og/eller indskuddet skal betales med indbetalingskort, sender vi kortet til den betalingsadresse, der er

opgivet. Vi får automatisk besked fra folkeregistret, når forsikringstager flytter. Forsikringstageren skal imidlertid selv give os besked, hvis betalingsadressen ikke er den samme som hans/hendes folkeregisteradresse.

Tidsfrist for betaling

Præmien skal betales på forfaldsdagen, når opkrævningen er modtaget tre uger forinden. Modtages den senere end tre uger før forfaldsdagen, skal præmien senest betales tre uger efter, at opkrævningen er modtaget. Reglerne for betaling af præmie følger den lov om forsikringsaftaler, der til enhver tid gælder. Forsikringstager betaler eventuelle udgifter til betaling af præmien.

Manglende betaling

Hvis præmien og/eller indskuddet ikke betales, sender vi tidligst to uger efter betalingsfristen et rykkerbrev. I brevet vil der stå, at dækningen falder væk, hvis ikke præmien og/eller indskuddet betales senest tre uger efter modtagelsen af brevet. Rykker vi for betalingen, har vi ret til at opkræve et ekspeditionsgebyr.

Ophør af præmiebetaling

Præmiebetalingen ophører

- som vi har aftalt
- når dækningen udbetales som aftalt
- når den forsikrede dør.

Regulering af præmie og udbetaling

Vi har aftalt, at den samlede præmie reguleres. Det sker på den første forfaldsdag i året.

Regulering af dækning ved Sundhedssikring

Dækningen er oprettet med en årligt stigende præmie, som afhænger af gruppens fordeling på alder og køn – det sker, fordi dækningen indgår i en gruppeordning. Præmien stiger på hovedforfaldsdagen i året, som er den dag, et nyt forsikringsår begynder – medmindre vi har aftalt andet.

Samtidig regulerer vi præmien. Reguleringen sker efter Danmarks Statistiks lønindeks for den private sektor og udgør forholdet mellem de to foregående års juli-indeks. Stopper Danmarks Statistik med at udarbejde lønindeks for den private sektor, kan vi bruge et tilsvarende indeks fra Danmarks Statistik.

Præmieforhøjelse og ændring af forsikringsbetingelserne

Du kan her læse, hvornår vi kan forhøje præmien, og hvornår vi kan ændre forsikringsbetingelserne for skadeforsikringer.

Præmieforhøjelse

Vi kan forhøje præmien, hvis vi ændrer vores tilsvarende tarifpræmier. Forsikringstageren får besked senest en måned før ændringen, der træder i kraft ved præmiens næste forfaldsdag

eller på et senere tidspunkt, som vi giver besked om. Hvis der er tale om en præmiefri forsikring, kan præmien ikke forhøjes, og derfor sætter vi i stedet for dækningen tilsvarende ned.

Ønsker forsikringstageren ikke at fortsætte forsikringen efter en præmieforhøjelse, har han/hun ret til at opsigte forsikringen. I så fald ophører den på det tidspunkt, ændringen skulle være trådt i kraft.

Ændring af forsikringsbetingelserne

Vi kan ændre forsikringsbetingelserne, hvis betingelserne for dækningerne i forsikringen ændres generelt. Forsikringstageren får besked senest en måned før ændringen, der træder i kraft ved præmiens næste forfaldsdag eller på et senere tidspunkt, som vi giver besked om.

Ønsker forsikringstageren ikke at fortsætte forsikringen efter en generel ændring af forsikringsbetingelserne for den enkelte dækning, har han/hun ret til at opsigte forsikringen. I så fald ophører den på det tidspunkt, ændringen skulle være trådt i kraft.

Arbejdsgiverordning

Hvis der er tale om en arbejdsgiverordning, kan forsikrede ikke opsigte de obligatoriske dele af forsikringen, når vi ændrer præmien eller forsikringsbetingelserne.

Udbetaling

Du kan her læse, hvordan og hvornår vi udbetaler en dækning efter en anmeldelse.

Sådan udbetaler vi efter en anmeldelse

Vi udbetaler dækningen, så snart vi har fået de oplysninger, vi skal bruge for at kunne vurdere vores forpligtelse og fastsætte dækningens størrelse. Udbetalingen sker til en konto i et pengeinstitut i Danmark, som forsikringstager vælger. Vælger forsikringstager en anden udbetalingsmåde, for eksempel check, kan vi opkræve et gebyr.

Efter anmeldelsen giver vi besked om, hvilke oplysninger vi skal bruge til at kunne fastsætte udbetalingen. Vi beregner udbetalingen efter dækningens størrelse på det tidspunkt, forsikringsbegivenheden sker, medmindre der står andet i betingelserne under den enkelte dækning.

Sådan udbetaler vi en dækning ved Sundhedssikring

Skal vi betale flere regninger for samme forsikringsbegivenhed, betales disse samlet efter afsluttet behandlingsforløb. Betaling sker senest en måned efter, vi har fået de oplysninger, som vi skal bruge for at kunne vurdere vores forpligtelse og fastsætte beløbet. Hvis betalingen overstiger en vis beløbsgrænse, som Danica Pension fastsætter, udbetaler vi dog.

Det er forsikrede, der skal give os oplysningerne til brug for betalingerne, herunder give os lov til at få lægelige oplysninger og behandle dem. Forsikrede skal desuden give sit samtykke til, at vi må videregive en række oplysninger til brug for udbetalingen. Får vi ikke oplysningerne, har vi ikke pligt til at betale.

Regningen betales direkte til behandlingsstedet eller ved refusion af forsikredes udgifter. Det er en forudsætning for refusionen, at den originale regning indsendes til os. Regningen skal være underskrevet og kvitteret, og forsikredes CPR-nr. eller forsikringsnummer skal stå på den.

Danica Pension fastsætter en række retningslinier for den måde, betaling af regninger skal ske. Vælger forsikrede, at udbetaling skal ske på anden måde, end den af Danica Pension har fastsat, kan vi opkræve et gebyr.

Hvor og hvornår dækker forsikringen

Forsikringsaftalen

Vi har oprettet aftalen i tillid til, at de skriftlige oplysninger, som forsikringstager, forsikrede eller medforsikrede har givet i begæringen, er fyldestgørende og korrekte. Det gælder også eventuelle andre erklæringer og attester.

Ukorrekte oplysninger

Er oplysningerne ukorrekte eller ikke fyldestgørende, kan det få konsekvenser for forsikringstagers og eventuelle begunstigedes ret til at få udbetalt dækningen.

Alt efter omstændighederne kan der blive tale om, at udbetalingen sættes ned, eller at retten til udbetalingen falder væk. Bestemmelserne står i lov om forsikringsaftaler (§§ 4-10). De gælder, hvis

- forsikringstager svigagtigt giver os ukorrekte oplysninger – i så fald mistes retten til udbetaling
- forsikringstager giver ukorrekte oplysninger på anden måde end den, der er beskrevet i punktet herover – i så fald udbetaler vi kun en dækning, der svarer til den forsikring, vi ville have oprettet for den aftalte præmie, hvis vi havde modtaget korrekte oplysninger.

Bestemmelserne gælder på samme måde, hvis de ukorrekte oplysninger er givet af forsikrede, begunstige eller en anden, der har interesse i forsikringen.

Vi kan hverken sætte udbetalingen ned eller lade retten til en udbetaling falde væk, hvis forsikringstager ikke vidste eller burde vide, at der var tale om en forkert oplysning.

Du skal være opmærksom på, at reglerne også gælder, når forsikringstager

- genoptager præmiebetalingen
- forhøjer præmien
- ændrer forsikringen på andre måder.

Hvornår træder forsikringen i kraft

Sundhedssikring

Hvis forsikringen antages, dækker vi fra det øjeblik, vi eller en af vores repræsentanter får begæringen, medmindre der står noget andet i begæringen.

Ophør

Du kan her læse om reglerne for ophør af gruppeordning for

- Sundhedssikring.

Forsikringen ophører automatisk

- når forsikrede fratræder sin stilling hos arbejdsgiveren
- når forsikrede når den alder, der står i overenskomsten mellem arbejdsgiveren og Danica Pension.

Sundhedssikring ophører også automatisk, hvis forsikrede kommer på plejehjem eller varigt anbringes på en døgninstitution, et psykiatrisk hospital eller en anden behandlingsinstitution. Med varigt mener vi, at forsikrede forventes at skulle forblive på institutionen.

Hvis forsikrede kommer på plejehjem eller varigt anbringes på en døgninstitution, et psykiatrisk hospital eller en anden behandlingsinstitution, skal vi have det at vide.

Oprettelse af en fortsættelsesforsikring

Fratræder forsikrede sin stilling, kan han/hun oprette en fortsættelsesforsikring uden at give oplysninger om sit helbred på ny. Vi opretter fortsættelsesforsikringen efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på fratrædelsestidspunktet.

Fortsættelsesforsikringens dækning kan ikke være større end gruppeordningens dækning, ligesom ophørstidspunktet for forsikringen ikke kan ligge senere end tidspunktet for gruppeordningens.

Er der skærpede vilkår for gruppeordningens dækning, gælder de også for fortsættelsesforsikringen.

Opsigelse

Du kan her læse om reglerne for opsigelse af

Gruppeordning

Forsikringstageren (arbejdsgiveren) og vi kan hver især opsiges aftalen skriftligt – i så fald ophører forsikringen.

Opsiges forsikringen ikke, fornyr vi den for et år ad gangen.

Geografisk dækningsområde

Du kan her læse, hvor Sundhedssikring dækker.

Forsikringen dækker, når den forsikrede bor i Danmark – gælder ikke Færøerne og Grønland – eller er udstationeret i en begrænset periode, hvis arbejdsgiveren har en skriftlig aftale med os.

Generelt

Lovgivning og aftalegrundlag

Forsikringen er underlagt dansk ret.

Forsikringsbetingelserne suppleres af forsikringsaftaleloven.

Aftalegrundlaget består af forsikringsbetingelserne, dækningsoversigten, resumeet og eventuelle særlige betingelser, der står i dækningsoversigten eller på et bilag.

Forsikringen er oprettet som et led i en arbejdsgiverordning, og din arbejdsgiver kan derfor have aftalt særlige vilkår med os.

Behandling af kundeoplysninger

Når en forsikring eller en dækning oprettes eller ændres, registrerer vi en række af de oplysninger, vi får om forsikrede og forsikringstager. Nogle af disse oplysninger skal vi registrere ifølge lovgivningen – for eksempel navn, adresse og CPR-nr. I visse tilfælde har vi også brug for oplysninger om helbred.

Oplysningerne kan vi få fra forsikringstager og/eller forsikrede, men også fra andre. Oplysningerne, som vi får fra andre, kan for eksempel være om lønforhold fra arbejdsgiver, hvis forsikringen er oprettet herigennem, eller om forsikredes helbred fra læger, sygehuse, offentlige myndigheder og forsikringsselskaber, hvis der er givet samtykke til, at vi kan indhente disse oplysninger. Typen af oplysninger kan variere, alt efter hvilken aftale vi har indgået, men vi registrerer kun de oplysninger, som er nødvendige for at opfylde vores aftale.

Registreringen letter vores administration, og du kan dermed få bedre rådgivning, service og målrettet markedsføringsmateriale. Du bestemmer til en vis grad selv, om vi må behandle de oplysninger, vi får om dig. Det sker på en samtykkeerklæring, hvor du samtidig kan takke nej til markedsføringsmateriale. Oplysninger, der er nødvendige for oprettelse og administration af aftalen, er vi dog nødt til at registrere.

Du kan altid få oplyst, hvilke typer af oplysninger vi har registreret. Er oplysningerne ikke korrekte, retter vi dem naturligvis hurtigst muligt og sørger for, at andre, der har modtaget forkerte oplysninger fra os, får besked.

Tavshedspligt

Som udgangspunkt videregiver vi ikke oplysninger om forsikringsaftalen til andre. Vi har tavshedspligt, og derfor behandler vi de oplysninger, vi har om forsikringsaftalen, fortroligt. Uvedkommende kan altså ikke få adgang til oplysningerne.

I nogle tilfælde er vi dog forpligtet til at videregive oplysninger til offentlige myndigheder, så som SKAT.

Samtykke

Har du givet samtykke, kan vi videregive oplysninger om forsikringsaftalen til andre – for eksempel til et andet forsikringselskab eller andre selskaber i Danske Bank-koncernen. Modtageren har naturligvis tavshedspligt som os, så oplysningerne bliver stadig behandlet fortroligt.

Har du ikke givet samtykke, kan vi umiddelbart kun videregive oplysninger til andre selskaber i Danske Bank-koncernen, hvis det er nødvendigt til administrationen af forsikringen. Vi kan dog videregive generelle oplysninger, som for eksempel navn og adresse, til andre selskaber i Danske Bank-koncernen, hvis der er en grund til at give oplysningerne videre, og hvis det ikke strider imod dine interesser.

Du kan altid indgå nye samtykker og opsige dem, du har – du skal blot give os besked. Ligesom du altid kan få oplyst indholdet af det enkelte samtykke. Det vi sige, hvilke samtykker du har givet, hvilke oplysninger vi kan videregive i kraft af det enkelte samtykke, hvad formålet med det enkelte samtykke er, samt hvem vi kan videregive oplysningerne til.

Klager

Skulle du blive uenig med os om vores behandling af de oplysninger, vi har om dig. Beder vi om, at du kontakter os først. Oplever du ikke, at du får et tilfredsstillende resultat, har du mulighed for at klage til

Datatilsynet
Borgergade 28, 5. sal
1300 København K
mail dt@datatilsynet.dk

Uenighed

Sådan gør du, hvis du vil klage

Skulle du blive uenig med os om din forsikring, beder vi om, at du kontakter os først. Oplever du ikke, at du får et tilfredsstillende resultat, kan du klage til

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Telefon 33 15 89 00 mellem kl. 10 og 13.

Klagen skal formuleres på et særligt skema, som fås hos os, Forbrugerrådet, Ankenævnets sekretariat og på Ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

Det koster et mindre gebyr at klage til Ankenævnet.