

Forsikringsbetingelser – for Ulykke og Børneforsikring

Forsikringsbetingelser nr. 15T6
Gælder fra 01.11.2016

TJM 15T6-7 (06.25)

Sammenhold betaler sig

TJM Forsikring

Din ulykkesforsikring består af din police/ forsikringsaftale og dette sæt produktbetingelse

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger, summer og selvrisikobeløb, du har valgt for din forsikring.
- Når vi skriver du i forsikringsbetingelserne,w mener vi den forsikrede person.
- I forsikringsbetingelsernes afsnit 7 til 16 kan du læse, hvad forsikringen dækker. I afsnit 17 får du overblik over, hvordan erstatning beregnes og hvilke krav, vi stiller til dokumentation.
- Vær opmærksom på, hva du som forsikringstager skal sørge for, fx hvornår vi skal besked om ændringer, der kan have betydning for forsikringen, se afsnit 1.
- Vi henviser til behandlere og leverandører fra vores kvalitetssikrede og landsdækkende netværk.

Hvis du får brug for hjælp

- Ring 112 ved akut livstruende tilskadekomst eller sygdom.
- Ring til Akuttelefonen i din region, når du har brug for hjælp på akutmodtagelse eller klinik.
- Ved brug af Sundhedsforsikringen til børn, skal din læge/speciallæge vurdere behandlingsbehovet. Hvis din egen læge mener, at der er et behandlingsbehov, vil du få en henvisning til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning skal du have for at gøre brug af forsikringen. Du skal ikke bruge en henvisning, hvis du skal til en kiropraktor.
- Kontakt os altid for anmelde skaden på 70 33 28 28 eller via www.tjm-forsikring.dk også selv om skaden ser ud til at være af beskedent omfang.

Hvis dit forsikrede barn får brug for krisehjælp

Børneforsikringen dækker med op til 5 timers krisehjælp til det forsikrede barn, hvis barnet har fået en akut psykisk krise på grund af:

- at barnet eller en person i nærmeste familie bliver udsat for røveri/overflad.
- dødsfald i nærmeste familie.
- at barnet eller en person i nærmeste familie bliver udsat for en pludselig hændelse, hvor barnet kommer i fare for alvorligt fysisk personskade.
- brand, eksplosion eller indbrud i barnets hjem.
- at barnet bliver diagnosticeret med en alvorlig sygdom.

Behovet for krisehjælp skal anmeldes til os inden for de første 72 timer fra krisen er opstået.

Nærmeste familie er barnets forældre, forældrenes kæreste/Samlever, søskende og bedsteforældre.

Ekstra tryghed
Tryg Pårørende

Du har som kunde med børneforsikring fri adgang til Tryg Pårørende gennem vores tætte samarbejde med Tryg.

Tryg Pårørende kan benyttes af dig, der har brug for hjælp til at hjælpe dit barn. Men det kan også være, hvis du hjælper en anden i familien eller i din omgangskreds. Og dit barn kan selvfølgelig også selv gøre brug af Tryg Pårørende.

Indholdsfortegnelse

1. Hvad skal du selv sørge for	2
2. Hvem er omfattet	3
3. Hvad dækker forsikringen	3
4. Hvor gælder forsikringen	3
5. Hvornår gælder forsikringen	3
6. Overførsel af forsikring og anciennitet for børn	4
7. Generelle undtagelser	4
8. Grunddækning	4
9. Farlig sport	7
10. Strakserstatning ved knoglebrud o.lign.	7
11. Udvidet varigt mén	7
12. Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde	8
13. Tyggeskader	9
14. Sygdom	9
15. Kritisk sygdom for børn og unge	11
16. Sundhed	12
17. Erstatning og krav til dokumentation	13
18. Generelle bestemmelser	21

Hvis du får mange skader: Formålet med en forsikring er at dække uforudsete skader. Enhver forsikrings pris afhænger af udgifterne til skader, og derfor kan du, ved at forebygge skader og passe godt på dine ting, være med til fortsat at sikre den rigtige pris på forsikringen. Det betyder også, at hvis du anmelder mange skader på din forsikring, kan din forsikring blive ændret fx så pris eller selvrisiko stiger. Hvis det skulle ske, får du selvfølgelig besked.

Tryg Pårørende kan også benyttes af andre, der gerne vil hjælpe dig eller dit barn.

Med Tryg Pårørende kan du få telefonisk rådgivning og støtte i en svær tid, og erfarent sundhedspersonale sidder klar til at hjælpe med en række ting, fx:

- Vejledning i at navigere i sundhedssystemet.
- Symptomer på stress hos dig som pårørende.
- Information om rettigheder som både patient og borger
- Vejledning i udfyldelse af ansøgninger, fx om hjemmehjælp, medicin, hjælpemidler og plejehjemsplads.
- At lokalisere og få tilbud fra patientforeninger.
- Rådgivning, hvis du er pårørende til en, som er døende.

Du kan ringe til Tryg Pårørende på 44 20 27 00. Læs mere på www.tjm-forsikring.dk/tryg-parorende.

1. Hvad skal du selv sørge for

Du skal give os besked, hvis der sker følgende ændringer:

Det er vigtigt, at du giver os besked, hvis der sker ændringer i de forhold, der er nævnt nedenfor, da de kan have betydning for dækningen eller prisen på din forsikring.

Hvis vi ikke får besked om ændringen, og denne ville have ført til en højere pris på forsikringen, vil du få erstatning svarende til forholdet mellem den pris, der er betalt, og den pris, der skulle være betalt. Desuden kan manglende besked til os også medføre, at retten til erstatning helt bortfalder.

Du skal straks give os besked

- om enhver ændring af typen eller omfanget af din beskæftigelse.
- når du starter erhvervsmæssig beskæftigelse, fx efter endt uddannelse.
- ved ophør med erhvervsmæssig beskæftigelse, uanset årsagen til ophøret.

Forsikringsaftalen (policen) og prisen på forsikringen vil blive tilpasset den nye beskæftigelse fra det tidspunkt, du giver os besked.

Knallert 45, motorcykel, scooter o.lign.

Du skal give os besked, hvis du i din fritid er fører af en indregistreret knallert 45, motorcykel, scooter, ATV eller lignende. For at få fuld erstatning efter et ulykkestilfælde, hvor du er fører, skal du betale en højere pris for forsikringen.

Farlig sport

Når du er fyldt 18 år, skal du give os besked, hvis du begynder at dyrke en sportsgren, der står på vores liste over farlige sportsgrene i afsnit 9. Du skal købe vores tilvalgsdækning farlig sport for at få erstatning efter ulykkestilfælde sket under udøvelse af en af disse sportsgrene.

Læs om tilvalgsdækningen Farlig sport, afsnit 9.

Sundhed

Vi skal straks have besked, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os. Får vi ikke besked, og den ændrede behandling medfører øgede udgifter for os, kan vi afvise dækning.

Andre ændringer, vi skal have besked om

- Forkerte oplysninger i forsikringsaftalen (policen).
- Hvis du flytter.
- Ændringer i betalingsadressen.

2. Hvem er omfattet

Forsikringen dækker den person, der er nævnt på forsikringsaftalen (policen) som forsikrede.

Når vi skriver du i forsikringsbetingelserne, mener vi den forsikrede person.

3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker følger af

- ulykkestilfælde.
- visse sygdomme, der opstår i forsikringstiden, når der er købt tilvalgsdækning. Se afsnit 14 og 15, Sygdom og Kritisk sygdom.
- Visse udgifter til undersøgelser og behandling på privathospital, når der tilkøbt Sundhed til børneforsikringen, se afsnit 16.

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

Årsagssammenhæng

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

4. Hvor gælder forsikringen

Ulykke og Sygdom

Forsikringen dækker

- i Danmark, Norden, Grønland og Færøerne.
- ved rejse og midlertidigt ophold i EU/EØS-landene i op til 12 måneder. Det skal aftales med os, hvis der ønskes dækning udover de 12 måneder.
- ved rejse og midlertidigt ophold i resten af verden i op til 12 måneder.

Sundhed

- Forsikringen dækker ved fast bopæl i Danmark.
- Barnet skal være omfattet af den offentlige sygesikring.

Fast bopæl i Danmark er barnets folkeregisteradresse. Børn med fast bopæl i Grønland eller på Færøerne kan ikke være omfattet af forsikringen.

5. Hvornår gælder forsikringen

5.1 Forsikringens ikrafttrædelse

Forsikringen træder i kraft på den dato som fremgår af forsikringsaftalen (policen).

Kommer du til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft, dækker forsikringen med det samme.

For tilvalgsdækningen Sygdom, Kritisk sygdom og Sundhed gælder der særlige karenstider, se punkt 14.2., 15.2 og 16.3.

5.2 Heltidsforsikring

Forsikringen dækker hele døgnet.

5.3 Forsikringens varighed

Forsikringen har ikke noget aldersudløb, men gælder indtil du eller vi opsiger forsikringen, se de generelle bestemmelser, omtalt på side 2.

For følgende dækninger gælder, at de kun kan være omfattet af

forsikringen i en begrænset periode. Prisen reguleres efter dækningsomfang, og løbende i takt med din alder:

Børneforsikring
Børneulykke dækker indtil du er fyldt 18 år og fortsætter automatisk som Ungdomsulykke indtil du er fyldt 25 år.

Dækningen Farlig sport ophører automatisk første betalingsdag efter, at du er fyldt 18 år, og Begravelseshjælp ændres til dødsfaldsdækning.

Tilvalgsdækningen Sundhed ophører automatisk, når du fylder 18 år eller hvis du permanent flytter på døgninstitution/behandlingsinstitution. Når tilvalgsdækningen Sundhed ophører, mister du retten til dækning. Sygdom og tilskadekomst, der er opstået i forsikringstiden, er dækket i indtil 6 måneder efter, at forsikringen er ophørt.

Forsikringens øvrige dækninger fortsætter som Ungdomsulykke på uændrede betingelser.

Ungdomsulykke
Ungdomsulykke gælder indtil du er fyldt 25 år. Tilvalgsdækningen Kritisk sygdom for børn og unge er omfattet af forsikringen indtil første betalingsdag efter, at du er fyldt 25 år. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter som Voksenulykke på uændrede betingelser.

Voksenulykke
Voksenulykke gælder fra 25 år, og fortsætter automatisk som Seniorulykke fra første betalingsdag efter, at du er fyldt 70 år.

Tilvalgsdækningerne Sygdom og Tyggeskade ophører automatisk ved første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter på uændrede betingelser.

Seniorulykke
Seniorulykke gælder fra 70 år.

6. Overførsel af forsikring og anciennitet for børn
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Overtagelse af anciennitet
Vi tilbyder at overtage anciennitet fra eventuelle tidligere tilsvarende individuelle forsikringer, som er nævnt i afsnit 14. Sygdom, afsnit 15. Kritisk Sygdom og afsnit 16. Sundhed.

Der kan ikke ske overførsel af anciennitet fra en
- Diagnoseforsikring (eller anden lignende forsikring som Tryg Diagnoseforsikring) til en Sundhedsforsikring.
- Kollektiv sygdoms- og sundhedsforsikring.
- Ulykkesforsikring.

Overtagelse af anciennitet kræver et ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den er opsagt hos dit tidligere forsikringsselskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en helt ny forsikring.

Overtagelse af anmeldte skader og sygdomme

Hvis vi overtager anmeldte skader og sygdomme, hvor behandlingsforløbet ikke er planlagt eller diagnosen endnu ikke er stillet, dækker vi efter vores betingelser.

Igangværende behandling hos tidligere forsikringsselskab, når forsikringen købes, er ikke dækket under denne forsikring.

7. Generelle undtagelser

7.1
Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand og anden rådgivning.

7.2
Uanset din sindstilstand eller tilregnelighed på ulykkestidspunktet, dækker forsikringen ikke følger af ulykkestilfælde, du direkte eller indirekte har fremkaldt ved:

7.2.1
Forsæt eller når du har udvist grov uagtsomhed.

7.2.2
Deltagelse i slagsmål.

7.2.3
Strafbare handlinger.

7.2.4
Selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller påvirkning af andre rusmidler.

7.2.5
Selvmordsforsøg.

7.3
Forsikringen dækker desuden ikke følger efter ulykkestilfælde, der skyldes:

7.3.1
Udløsning af atomenergi.

7.3.2
Krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig. Forsikringen dækker dog ulykkestilfælde som følge af pludselig opstået krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig, der indtræffer i et land uden for Danmark, hvori du opholder dig i indtil 1 måned fra konfliktens udbrud. Det forudsættes dog, at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.

Hvad er dækket
Her kan du læse, hvad forsikringen dækker. Det fremgår af din forsikringsaftale (police), hvilke dækninger og forsikringssumer, du har valg.

Du kan læse om, hvilken erstatning du kan få i afsnit 17.

8. Grunddækning

8.1 Varigt mén

Forsikringen dækker, hvis du får et fysisk og/eller psykisk varigt mén på mindst 5 % som følge af et ulykkestilfælde.

8.1.1 Fysisk varigt mén
Dækningen for fysisk varigt mén dækker også,

8.1.1.1
når ulykkestilfælde skyldes ildebefindende eller besvimelse, dvs. kortvarigt bevidsthedstab, hvor hovedårsagen ikke er sygdom.

8.1.1.2
ulykkestilfælde som følge af insektstik, drukning, redning, eller forsøg på redning af menneskeliv.

8.1.1.3
hvis du udsættes for infektion/smitte i forbindelse med udøvelse af din beskæftigelse i enten Danmark, Norden eller i et EU/EØSland. Infektionen/smitten skal være påført direkte gennem øje, øre eller mund. Forsikringen dækker ikke infektion/smitte opstået efter udbrud af epidemi.

Fysisk varigt mén er de fysiske gener efter et ulykkestilfælde, der ikke forsvinder ved behandling, og som du må leve med resten af livet. Det fysiske varige mén fastsættes ud fra Arbejdmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, se www.aes.dk

8.1.2 Ulykke sket med motorcykel o.lign.
Forsikringen dækker, hvis du får et fysisk varigt mén, fordi du kommer ud for et ulykkestilfælde som fører af indregistreret motorcykel og lignende.

Erstatningen kan nedsættes, hvis vi ikke har fået besked om, at du er fører af indregistreret motorcykel o.lign.

Indregistreret motorcykel o.lign. er, ud over motorcykel, også scooter, knallert 45, ATV eller lignende køretøj. Du skal gives os besked, når du anskaffer et af de nævnte typer køretøj, se afsnit 1. Hvad skal du selv sørge for. Denne regel gælder ikke, hvis du gør brug af indregistreret motorcykel o.lign. i din beskæftigelse.

8.1.3 Almindelig sportsudøvelse og deltagelse i farlig sport
Forsikringen dækker
- ulykkestilfælde som følge af almindelig sportsudøvelse, dvs. sportsaktiviteter, der ikke er defineret som farlig sport. Læs om Farlig sport i afsnit 9.
- ulykkestilfælde, sket under deltagelse i en enkelt begivenhed, hvor der indgår farlig sport, selv om du ikke har købt tilvalgsdækningen Farlig sport, se afsnit 9.
- ulykkestilfælde sket under lovligt afholdte øvelses-, orienterings-, præcisions- og økonomiløb afholdt i et EU/EØS-land.

En enkelt begivenhed er et arrangement som fx teambuilding, firmaevent, konference, polterabend, skolearrangement, fødselsdag, privat ferierejse, besøg i forlystelsespark og lignende, når du deltager i aktiviteten en enkelt gang. Det er en betingelse, at din deltagelse sker under professionel instruktion, hvor branche-, sikkerheds- og lovkrav er opfyldt.

Læs om erstatning i punkt 17.6.4.1.

8.1.3.1 Børneforsikring og sport
Forsikringen dækker under udøvelse af alle typer sport, også sportsgrene, der almindeligvis betragtes som farlig sport. Forsikringen dækker ikke tandskade opstået i forbindelse med boksning eller andre selvforsvars- eller kampsportsgrene.

8.1.4 Psykisk varigt mén
Forsikringen dækker, hvis du får et psykisk varigt mén på mindst 5 % som følge af et ulykkestilfælde. Hvis det varige mén består både af et fysisk og et psykisk varigt mén, giver forsikringen ret til erstatning for den samlede méngrad.

Forsikringen dækker psykisk varigt mén, hvis

8.1.4.1
du ved et ulykkestilfælde har været udsat for fysisk personskade.

8.1.4.2
du har været udsat for et ulykkestilfælde, hvor du var i direkte fare for fysisk personskade/livsfare, uden at du samtidig blev fysisk skadet.

8.1.4.3
et medlem af din nærmeste familie på grund af et ulykkestilfælde var udsat for alvorlig fysisk personskade/var i direkte livsfare eller er afgået ved døden, fx bilulykke, drukneulykke eller hjemmerøveri.

8.1.4.4
et medlem af din nærmeste familie forsøger selvmord eller begår selvmord.

Nærmeste familie er din ægtefælle/samlever, børn, svigerbørn eller børnebørn, forældre, svigerforældre eller bedsteforældre, søskende, svogre eller svigerinder.

Læs om erstatning i punkt 17.6.4.1.

8.1.5 Forsikringen dækker ikke
Forsikringen dækker ikke, når skaden skyldes:

8.1.5.1
Følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.

8.1.5.2
Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

8.1.5.3
Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.

8.1.5.4
Mén som følge af overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.

8.1.5.5
Skader på kroppen som følge af nedslidning.

8.1.5.6
Skader på kroppen sket som følge af en overbelastning, der ikke er pludselig.

8.1.5.7
Skader på kroppen som følge af normale dagligdags bevægelser, fx at bukke sig, rejse sig, gå, sætte sig eller række ud efter.

8.1.5.8
Skader sket i forbindelse med fødsler.

8.1.5.9
Skader, der skyldes smitte med sygdomme, vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende, og som ikke er omfattet af punkt 8.1.1.3.

8.1.5.10
Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

8.1.5.11
Følger efter tandlæge-, læge- og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

8.1.5.12
Udgifter til medicin, forbindinger, bandager, bideskinner, proteser, hjælpemidler og lignende.

8.1.5.13
Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

8.1.5.14
Psykisk varigt mén som følge af hændelser, hvor du ikke var i direkte fare for alvorlig fysisk personskade eller var i livsfare.

8.1.5.15
Kroniske psykiske sygdomme, uanset om den psykiske sygdom opstår eller forværres i forbindelse med et ulykkestilfælde, fx skizofreni og maniodepressiv psykose.

8.1.5.16
Psykiske lidelser eller sygdomme, der opstår i forbindelse med anholdelse/tilbageholdelse foretaget af offentlige myndigheder eller ophold i detention, fængsel eller andet, der kan sidestilles hermed.

8.1.5.17
Hvis du får et psykisk varigt mén, fordi du i forbindelse med en kriminel handling forvolder skade på en anden person.

8.1.5.18
Psykiske lidelser, der opstår på grund af mundtlig eller skriftlig trussel, chikane eller mobning.

8.2 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til transport fra ulykkesstedet og til nærmeste behandlingssted. Læs om erstatning i punkt 17.7.2.

Forsikringen dækker ikke andre transportudgifter. Læs også undtagelserne i punkt 8.1.5.

8.3 Behandlingsudgifter

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

- fysioterapeut og kiropraktor. Forsikringen dækker indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen.
- psykolog. Forsikringen dækker indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 20 timer.

Læs om erstatning i punkt 17.7.1.

8.3.2 Forsikringen dækker ikke

- udgifter, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.
- udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.

Læs også undtagelserne i punkt 8.1.5.

8.4 Tandskade

8.4.1 Forsikringen dækker
Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Det samme gælder for proteser, når disse bliver beskadiget ved et ulykkestilfælde, mens de er placeret i munden.

Akutte nødbehandlinger kan sættes i gang uden at blive godkendt af os. Alle andre behandlinger skal godkendes af os, inden de sættes i gang.

Behandling skal påbegyndes inden 5 år efter ulykkestilfældet. For tandskade sket hos børn under 18 år gælder, at tandbehandling skal foretages inden barnet fylder 25 år.

Forsikringen dækker én endelig behandling. Det betyder, at forsikringen ikke dækker, hvis behandlingen senere skal genoptages, herunder reparation og almindelig vedligeholdelse.

8.4.2 Nedsættelse af erstatningen
Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tandens/tændernes og alle former for protesers tilstand var forringet inden ulykkestilfældet, fx som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller anden sygdom i tænderne og de omgivne knogler.

Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatningen for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til udgiften til nødvendig behandling af en sund tand.

Læs om erstatning i punkt 17.7.3.

8.4.3 Forsikringen dækker ikke

- tandbehandling, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.
- tandskade opstået ved tygning, uanset årsagen til tandskaden, medmindre du har købt tilvalgsdækningen Tyggeskade, se afsnit 13.
- følgeudgifter efter skade, så som udgifter til medicin, forbindinger, bandage, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.
- tandskader i forbindelse med boksning, selvforsvar og kampsport, selv om forsikringen er udvidet med dækning for farlig sport.

Læs også undtagelserne i punkt 8.1.5

8.5 Dødsfald og begravelseshjælp



8.5.1 Dødsfald
Forsikringen dækker, hvis forsikrede over 18 år afgår ved døden som direkte følge af et ulykkestilfælde, når dødsfaldet sker indenfor et år efter ulykkestilfældet.

8.5.2 Begravelseshjælp til børn under 18 år
Forsikringen dækker begravelseshjælp på 50.000 kr. (indeksreguleres ikke), når dødsfaldet sker i forbindelse med et ulykkestilfælde sket inden barnet er fyldt 18 år.

Læs om erstatning i punkt 17.7.4.

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

Læs også undtagelserne i punkt 8.1.5

9. Farlig sport
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

9.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde sket i forbindelse med træning til eller deltagelse i aktiviteter, når du er medlem af en klub/forening, og når aktiviteten fremgår af listen over farlige sportsgrene.

Liste over farlige sportsgrene
- Motor-, knallert-, ATV-/crosser-, eller racerbådsløb af enhver art.
- Boksning eller andre selvforsvars- og kampsportsgrene (træning uden fysisk kontakt er alm. sportsudøvelse, se grunddækningens punkt 8.1.3).
- Bjergbestigning.
- Rappelling på bjergvæg.
- Faldskærmsudspring.
- Drageflyvning.
- Udøvelse af sportsgrene, som kan sidestilles med ovenstående.

Læs om erstatning i punkt 17.8.1.

9.2 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke tandskade opstået i forbindelse med boksning eller andre selvforsvars- eller kampsportsgrene.

Læs også undtagelserne i punkt 8.1.5.

10. Strakserstatning ved knoglebrud o.lign.
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

10.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du som følge af et ulykkestilfælde får
- et knoglebrud.
- helt eller delvist overrevet korsbånd.
- totalt overrevet akillesene.
- menisklæsion i knæ

Knoglebrud er brud på kraveben og skulder, over- og underarm, albue, håndled, mellemhånd, ryg, bækken, hofte, lår- og underben, knæ, ankel og mellemfod.

10.2 Krav til dokumentation

Knoglebruddet skal dokumenteres ved skadestue- eller lægejournal og røntgenundersøgelse. For menisk- eller korsbåndslæsioner ved scanning eller kikkertundersøgelse. Forsikringen udbetaler et engangsbeløb på 11.980 kr. (2024) pr. ulykkestilfælde og 17.971 kr. (2024) ved flere knoglebrud på forskellige legemsdele ved samme ulykkestilfælde. Læs om erstatning i punkt 17.8.2.

10.3 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke brud på fingre, tæer, isolerede ledbåndsskader og/eller andre knogler eller skeletdele end dem, der er nævnt i punkt 10.1.

Læs om erstatning i punkt 8.1.5.

11. Udvidet varigt mén
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen giver en højere erstatning for varigt mén efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde efter punkt 8.1 i følgende tilfælde.

Læs om erstatning i punkt 17.6.4.2 og om undtagelser i punkt 8.1.5.

11.1 Dobbelterstatning ved 30 % mén

Forsikringen udbetaler dobbelterstatning, når dit varige mén som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde er på 30 % eller derover.

11.2 Ekstra rådighedsbeløb

Der udbetales et ekstra beløb på 119.813 kr. (2024) til forsikringstager til fri rådighed, hvis barn under 18 år får et varigt mén på 30 % eller derover på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

11.3 Tab af syn eller hørelse

Forsikringen giver ret til forhøjet erstatning for varigt mén ved tab af syn eller hørelse ved et ulykkestilfælde.

Du får ikke samtidig fordoblet erstatningen, se punkt 11.1, selv om det varige mén er over 30 %.

Forsikringen dækker under følgende forudsætninger:

Tab af syn på raskt øje
Forsikringen dækker når du forud for køb af dækningen er enten blind på det ene øje, mangler det ene øje eller har så stærkt nedsat syn på det ene øje, at det i praksis betyder, at du er blind på det ene øje og samtidig er rask på det andet øje. Hvis du bliver fuldstændig blind på det raske øje, forhøjer vi det varige mén til 100 %.

Forsikringen dækker ikke ved tab, beskadigelse eller ved yderligere synsnedsættelse af det i forvejen dårlige øje.

Tab af hørelse på raskt øre
Forsikringen dækker når du forud for køb af dækningen er enten døv på det ene øre eller har så stærkt nedsat hørelse på det ene øre, at det i praksis betyder, at du er døv på det ene øre og har normal hørelse på det andet øre. Hvis du bliver fuldstændig døv på det raske øre, forhøjer vi det varige mén til 75 %.

Forsikringen dækker ikke ved tab, beskadigelse eller ved yderligere

hørenedsættelse af det i forvejen dårlige øre.

11.4 Amputation

Forsikringen dækker ved fuldstændig eller delvis tab/amputation af en legemsdel, som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, se ménTabellen i punkt 11.4.1. Udgangspunktet for fastsættelse af méngraden er Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende ménTabel, hvor méngraden skal være på mindst 5 %.

Forsikringen fordobler erstatningen, hvis méngraden på denne dækning er 30 % eller derover, se punkt 11.1.

Er der flere skader ved samme ulykkestilfælde kan méngraden for disse skader efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende ménTabel og amputationsdækningen ikke lægges sammen, så det varige mén bliver 30 % eller derover.

Forsikringen dækker ikke nedsat bevægelighed, smertetilstande eller andet.

11.4.1 Méntabel for tab og amputation af legemsdele

Type skade		Méngrad i procent
Syn og hørelse	Tab af begge øjne eller synet på begge øjne	115 %
	Tab af øje (øjet fjernes)	40 %
	Tab af synet på et øje	40 %
	Tab af hørelsen på begge ører	90 %
	Totalt tab af hørelsen på et øre	25 %
Ben, knæ og fødder	Amputation af hele benet	80 %
	Amputation af benet i eller over knæleddet	65 %
	Amputation af fod	45 %
	Tab af alle tæer på en fod	25 %
	Tab af en storetå med mellemfodsben	25 %
	Amputation af storetå	20 %
Arme, hænder og fingre	Amputation af arm i skulderen	85 %
	Amputation af hånd	75 %
	Amputation af alle fingre på en hånd	70 %
	Amputation af tommelfinger med mellemhåndsben	45 %
	Amputation af tommelfinger	40 %
	Amputation af tommelfingers yderstykke	30 %
	Amputation af 2. finger	25 %
	Amputation af 2. fingers yder- og midterstykke	25 %
	Amputation af 2. fingers yderstykke	20 %
	Amputation af 3. finger	25 %
	Amputation af 3. fingers yder- og midterstykke	25 %
	Amputation af 4. eller 5. finger	25 %
	Tab af 4. eller 5. fingers yder- og midterstykke	20 %

12. Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen giver mulighed for udvidet hjælp, når du har været udsat for et ulykkestilfælde.

Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde gælder fra det øjeblik, at behovet for hjælpen opstår, og ulykkestilfældet er anmeldt til og anerkendt af os, selv om det varige mén endnu ikke er fastsat.

Læs om erstatning i punkt 17.8.3 og undtagelserne i punkt 8.1.5.

12.1 Hospitalskompensation

Hospitalskompensation ved ulykkestilfælde

Forsikringen udbetaler 300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke) op til 12 måneder, hvis du kommer til skade ved et ulykkestilfælde og bliver indlagt på hospital i mindst 5 sammenhængende dage. Hvis du bliver indlagt igen på grund af samme ulykkestilfælde gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse, se punkt. 17.8.3.

12.2 Rengøringshjælp

Forsikringen giver op til 20 timers rengøringshjælp efter et ulykkestilfælde dækket af forsikringen.

Forsikringen omfatter rengøring i eget hjem i Danmark.

Forsikringen dækker,

- rengøringshjælp, når du efter indlæggelse eller operation, er ude af stand til selv at foretage rengøring i eget hjem. Det er en betingelse, at du enten er ordineret ro og hvile af relevant speciallæge, eller kun kan bevæge dig omkring ved hjælp af hjælpemidler, som fx krykker.
- rengøringshjælp til dig som forældre/værge til barn under 18 år, der er omfattet af en børneulykkesforsikring hos os. Du kan få rengøringshjælp, fordi barnets indlæggelse kræver din daglige tilstedeværelse på hospitalet, eller efter indlæggelse kræver så meget pleje, at du ikke samtidig har mulighed for selv at foretage

rengøring i eget hjem.

Du skal kunne dokumentere, hvis du eller dit barn er ordineret ro og hvile.

Rengøringen skal foretages af vores leverandør, der er med i vores kvalitetssikrede netværk.

Du bliver kontaktet af leverandøren, så snart vi har godkendt rengøringshjælpen. Der foretages almindelig indendørs rengøring. Vores leverandør vurderer løbende i samarbejde med os, hvilket behov for rengøring, du konkret har brug for.

Almindelig indendørs rengøring forstås som rengøring af badeværelser, køkken, stue, soveværelser og værelser i private hjem.

12.3 Ekstra transportudgifter

Forsikringen dækker
Forsikringen dækker udgifter til transport for dig og en ledsager til og fra planlagte behandlinger i Danmark efter et ulykkestilfælde, som er dækket af forsikringen.

Forsikringen giver ret til op til 6 siddende transporter til og fra behandlingssted indtil 50 km fra din bopæl eller til nærmeste sygehus. Siddende transport er også, når du er kørestolsbruger.

Transporten skal aftales med os, og foretages af vores leverandør, som er en del af vores kvalitetssikrede netværk.

Forsikringen dækker ikke
Forsikringen dækker ikke udgifter, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

13. Tyggeskader
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

13.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling, når skaden sker ved spisning, og årsagen til skaden er en fremmed genstand i maden. Vi kan forlange genstanden indsendt.

Akutte nødbehandlinger kan sættes i gang uden at blive godkendt af os. Alle andre behandlinger skal godkendes af os, inden de sættes i gang.

Forsikringen dækker én endelig behandling. Det betyder, at forsikringen ikke dækker, hvis behandlingen senere skal genoptages, herunder reparation og almindelig vedligeholdelse.

Behandling skal påbegyndes inden 5 år efter ulykkestilfældet. For tandskade sket hos børn under 18 år gælder, at tandbehandling skal foretages, inden barnet fylder 25 år.

13.2 Nedsættelse af erstatningen

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

Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatningen for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til udgiften til nødvendig behandling af en sund tand.

Læs om erstatning i punkt 17.8.4.

13.3 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke tandbehandling, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

14. Sygdom
(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

14.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, som er nævnt i tabellen i punkt 14.4.

Forsikringen dækker desuden:

14.1.1 Hospitalskompensation ved sygdom

Forsikringen dækker op til 300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke) op til 12 måneder, hvis du bliver indlagt på hospital i mindst 5 sammenhængende dage, på grund af sygdom nævnt i tabellen i punkt 14.4.

Hvis barnet bliver igt igen på grund af samme sygdom, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse. Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.1.2 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker til 20 timers rengøringshjælp efter et sygdomstilfælde dækket af forsikringen, se punkt 14.4.

Forsikringen omfatter rengøring i eget hjem i Danmark.

Forsikringen dækker,

- rengøringshjælp, når du efter indlæggelse eller operation, er ude af stand til selv at foretage rengøring i eget hjem. Det er en betingelse, at du enten er ordineret ro og hvile af relevant speciallæge, eller kun kan bevæge dig omkring ved hjælp af hjælpemidler, som fx krykker.
- rengøringshjælp til dig som forældre/værge til barn under 18 år, der er omfattet af en børneulykkesforsikring hos os. Du kan få rengøringshjælp, fordi barnets indlæggelse kræver din daglige tilstedeværelse på hospitalet, eller efter indlæggelse kræver så meget pleje, at du ikke samtidig har mulighed for selv at foretage rengøring i eget hjem. Du skal kunne dokumentere, at du eller dit barn er ordineret ro og hvile.

Rengøringen skal foretages af vores leverandør, der er med i vores kvalitetssikrede netværk.

Du bliver kontaktet af leverandøren, så snart vi har godkendt rengøringshjælpen. Der foretages almindelig indendørs rengøring. Vores leverandør vurderer løbende i samarbejde med os, hvilket behov for rengøring, du konkret har brug for

Almindelig indendørs rengøring forstås som rengøring af badeværelser, køkken, stue, soveværelser og værelser i private hjem.

Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.1.3 Ekstra transportudgifter
Forsikringen dækker udgifter til transport for dig og en ledsager til og fra planlagte behandlinger i Danmark efter et ulykkestilfælde, som er dækket af forsikringen.

Forsikringen giver ret til op til 6 siddende transporter til og fra behandlingssted indtil 50 km fra din bopæl eller til nærmeste sygehus. Siddende transport er også, når du er kørestolsbruger.Transporten skal aftales med os, og foretages af vores leverandør, som er en del af vores kvalitetssikrede netværk.

Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 4 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

Karenstid er en venteperiode efter en forsikrings eller dæknings startdato, hvor forsikringen eller dækningen endnu ikke gælder.

Forsikringssummen er 718.880 kr. (2024).
Læs om erstatning i punkt 17.9.1.

14.3 Forsikringen dækker ikke

14.3.1
Forudbestående sygdom.

14.3.2
Forværring af sygdommen, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

14.3.3
Sygdom, når vi allerede har udbetalt erstatning for samme sygdom.

14.3.4
Udgifter til liggende transport.

14.3.5
Udgifter, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

14.4 Sygdomme omfattet af forsikringen
Forsikringen omfatter de sygdomme, der er nævnt i tabellen herunder. ICD-koderne, der henvises til i listen, er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. Forkortelsen ICD står for International Classifications of Diseases.

Sygdom	Erstatning i procent af forsikringssummen
14.4.1 Alzheimers, diagnosekode F00.0 Forsikringen dækker ved tidlig debut af sygdommen, dvs. før 65 år.	30 %
14.4.2 Parkinson, diagnosekode G20 Gradvis svind af nerveceller som bruger signalstoffet dopamin, et stof som er vigtigt for kontrol af bevægelser. Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.	50 %
14.4.3 Apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diagnosekode I63 og I61 Blødning eller blodprop i hjernen, der medfører blivende lammelser i ben eller arm eller taleforstyrrelser. Skaden skal påvises ved CT- eller MR-scanning.	25 %
14.4.4 Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme), eller intrakraniel arteriovenøs karmisdannelse Gennemført operation for sækformet udvidelse af hjernens pulsårer eller karmisdannelse. Forsikringen dækker også, hvis det ikke er teknisk muligt at operere.	25 %
14.4.5 Godartet hjernesvulst (hjernetumor), diagnosekode D32 og D33 Godartet hjernesvulst som kræver operation.	35 %
14.4.6 Aorta aneurisme (udposning af hovedpulsåren), diagnosekode I71.8 Gennemført operation for udposning på hovedpulsåren.	25 %
14.4.7 Operationskrævende hjertesygdom Gennemført åben hjerteoperation. Hjerteoperation uden åbning af brystkassen er ikke dækket.	10 %
14.4.8 Multipel sklerose (MS), diagnosekode G35 Diagnose skal være stillet af speciallæge i neurologi.	30 %
14.4.9 Amyotrofisk lateral sklerose (ALS), diagnosekode G12.2 Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.	30 %
14.4.10 Nedsat syn Varig nedsættelse af synsevnen på begge øjne, hvor synsstyrken på bedste øje er nedsat med 50 % eller mere. Synsnedsættelsen skal være påvist af specialist i øjensygdomme.	50 %

Sygdom	Erstatning i procent af forsikrings-summen
14.4.11 Nedsat hørelse Varig nedsættelse af hørelsen på begge ører og med bedste korrektion på 50 % eller mere. Nedsættelse af hørelsen skal være påvist af specialist i øre-, næse- og halssygdomme.	40 %
14.4.12 Leddegigt (reumatiod artrit, leddegigt), diagnosekode M05 Kronisk inflammatorisk ledsygdom som medfører ødelæggelse af led. Diagnosen skal være stillet af speciallæge i reumatologi.	15 %
14.4.13 Kronisk betændelse i tarmen (Colitis Ulcerosa/ulcerøs colit), diagnosekode K51.01 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	15 %
14.4.14 Morbus Chron (Chrons sygdom), diagnosekode K50 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	20 %
14.4.15 Transplantation Gennemført transplantation hos modtager af hjerte, lever, lunge, nyre eller benmarv. Autotransplantation (organer som bliver transplanteret tilbage i samme person) dækkes ikke. Transplantationen skal være gennemført i Danmark, eller godkendt af de danske sundhedsmyndigheder.	15 %
14.4.16 Skizofreni, diagnosekode F20 Diagnosen skal være stillet af speciallæge i psykiatri.	45 %

15. Kritisk sygdom for børn og unge

(Tilvalgsdækning for børneulykke og ungdomsulykke. Gælder kun, hvis det fremgå af forsikringsaftalen).

15.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, og udbetaler et engangsbeløb straks efter, at diagnosen for den kritiske sygdom er stillet.

Forsikringen omfatter de kritiske sygdomme, der er nævnt i punkt 15.3, når diagnose er stillet efter barnets fødsel og inden barnet fylder 25 år.

Der udbetales et engangsbeløb på 119.813 kr. (2024), se punkt 17.9.2.

15.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 4 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

- **Karenstid** er en venteperiode efter en forsikrings eller dæknings startdato, hvor forsikringen eller dækningen endnu ikke gælder.

15.3 Visse kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der nævnes herunder. ICD-koderne, der henvises til i listen, er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. Forkortelsen ICD står for International Classifications of Diseases.

Du skal være opmærksom på, at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende for, om forsikringen dækker, og ikke det tidspunkt hvor du får kendskab til diagnosen.

15.3.1 Følgende sygdomme er omfattet:

15.3.1.1 Epilepsi, diagnosekode G40
Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.

15.3.1.2 Meningitis forårsaget af bakterier (hjernehindebetændelse), diagnosekode G01
Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.3 Følger efter Borreliainfektion eller Tick Borne Encephalitis (TBE)
Blivende neurologiske følger efter borrelia infektion. De blivende neurologiske følger kan tidligst vurderes 6 måneder efter sygdommens debut. Følgerne skal være vurderet af en speciallæge i neurologi eller pædiatri.

15.3.1.4 Leddegigt (reumatoid artrit), diagnosekode M08
Kronisk inflammatorisk ledsygdom, som medfører ødelæggelse af led. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.5 Kræft
Forsikringen dækker følgende former for kræft:

- Leukæmi
- Brystkræft
- Testikelkræft
- Tarmkræft
- Modermærkekræft
- Kræft i æggestokke
- Livmoderhalskræft
- Kræft i hjernen

De nævnte kræftformer er dækket som én diagnose. Det betyder, at der ikke kan ske udbetaling mere end én gang, selv om du efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Forsikringen dækker ikke de nævnte kræftformer, som er diagnosticeret eller som du har modtaget behandling for inden forsikringen trådte i kraft. Dog gælder, at forsikringen dækker, hvis der er gået mindst 10 år siden en tidligere kræftdiagnose.

15.3.1.6 Kronisk nyresvigt
Nyresvigt i en sværhedsgrad så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt holder op med at fungere, hvilket resulterer i enten varig dialyse eller at nyretransplantation foretages. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.7 Cystisk fibrose, diagnosekode E84
Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

15.3.1.8 Calves-Legg-Perthes, diagnosekode M91
Diagnosen skal være stillet af speciallæge i ortopædkirurgi.

15.3.2 Udbetaling én gang pr. diagnose
Når der er sket udbetaling for en af de kritiske sygdomme, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, hvor der er blevet udbetalt erstatning for kritisk sygdom.

Der kan udbetales for en ny diagnose, hvis der er mindst 6 måneder imellem, at de to diagnoser er stillet. Der kan i alt udbetales for op til 3 diagnoser i hele forsikringstiden.

16. Sundhed

(Tilvalgsdækning for børneforsikring.
Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

16.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter på privathospital/privatklinik til undersøgelser, behandlinger, medicin under indlæggelse samt ophold og forplejning. Forsikringen dækker både din sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

Læs om erstatning i punkt 17.10.1.

Krav til dækning

- Behov for behandling afgøres af din egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal altid have en lægehenvisning fra din egen læge.
- Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.
- Vi godkender kun behandling, der sker efter metoder med dokumenteret effekt, og som er anerkendt af de offentlige myndigheder, og som anvendes i det offentlige sundhedsvæsen.
- Desuden skal der være overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller varigt forbedre gener efter skaden.
- Undersøgelser og behandlinger skal være udført af relevante speciallæger.
- Behandling kan kun foretages af en behandler i Trygs kvalitetssikrede netværk, og når det er aftalt med os.
- Behandleren, der indgår i vores kvalitetssikrede netværk har overenskomst med den offentlige sygesikring (ydernummer), og den behandling, du modtager, indgår i aftalen med den offentlige sygesikring.

Forsikringen dækker desuden på følgende måde:

16.1.1 Kroniske sygdomme
Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter, at forsikringen er trådt i kraft, er dækket af forsikringen i indtil 3 måneder efter at diagnosen er stillet.

Kroniske sygdomme forstås som sygdomme, læger vurderer er vedvarende, og derfor ikke kan kureres. Af kroniske sygdomme kan fx nævnes diabetes, dissemineret sclerose, leddegigt eller Morbus Chron.

16.1.2 Second opinion

Står du i en situation, hvor du skal tage en særlig vanskelig medicinsk beslutning for, dækker vi udgifterne til én yderligere lægefaglig vurdering af en relevant speciallæge, hvis

- du har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade.
- du skal gennemgå en særlig risikofyldt
- behandling, dvs. at behandlingen i sig selv kan være livstruende eller kan give alvorlige varige følger ud over den sygdom/skade, som du/det forsikrede barn skal behandles for.

Forsikringen dækker kun muligheden for second opinion af en sygdom eller skade som er dækket af forsikringen.

Viser den yderligere medicinske vurdering, at der er en anden og bedre behandlingsmetode end den oprindeligt planlagte, giver forsikringen mulighed for at du kan modtage denne behandling.

Det er et krav, at denne anden og bedre behandlingsmetode er omfattet af forsikringen.

16.1.3 Kosmetiske operationer og behandlinger
Forsikringen dækker kosmetisk operation og behandling, der er medicinsk betinget og godkendt af den offentlige sygesikring, herunder rekonstruktion efter fjernelse af tumor samt kosmetisk behandling som en direkte følge af en skade.

En operation eller behandling er medicinsk betinget når behandlingen eller operationen med overvejende sandsynlighed væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller skaden.

16.1.4 Tandbehandling på grund af sygdom
Forsikringen dækker tandbehandling, når tænderne er blevet beskadiget i forbindelse med behandling af en sygdom, der er blevet betalt af forsikringen.

16.1.5 Efterkontrol
Forsikringen dækker ambulant efterkontrol, når selve behandlingen er foretaget på privathospital/privatklinik.

16.1.6 Genoptræning
Forsikringen dækker nødvendig genoptræning som et led i den aktuelle behandling, og som foretages direkte efter en indlæggelse eller operation, der er blevet af betalt af forsikringen.

Genoptræning dækker primært fysioterapi, ergoterapi eller talepædagogik, som foretages af faguddannet personale, anerkendt af offentlige myndigheder.

16.1.7 Hjælpemidler
Forsikringen dækker midlertidige hjælpemidler, der er nødvendige i behandlingen, eller som kan erstatte en operation.

Midlertidige hjælpemidler er fx kørestol, krykker og armslynge som er ordineret af relevant speciallæge.

16.1.8 Sygetransport, liggende
Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem dit hjem og behandlingsstedet, i forbindelse med en operation betalt af forsikringen. Det er et krav for den liggende transport, at du ikke kan transporteres i bil eller med offentlig transport. Transporten skal være godkendt af os.

16.1.9 Fysiske behandlinger
Forsikringen dækker behandling hos fysioterapeut eller kiroprak-

tor, hvis du har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling.

Har du brug for fysioterapi eller kiropraktik på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er behandlingen dækket som beskrevet i punkt 8.3, Behandlingsudgifter.

Fysioterapi
Det er et krav, at du har en lægehenvisning til fysioterapeut.

Kiropraktik
Du skal ikke bruge en lægehenvisning til kiropraktor.

16.1.10 Psykologhjælp
Forsikringen dækker behandling hos psykolog. Skyldes behandlingsbehovet et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er psykologhjælpen dækket som beskrevet i afsnit 8.3, Behandlingsudgifter.

Hvis årsagen til dit behandlingsbehov ikke er omfattet af aftalen med den offentlige sygesikring (henvisning), skal behandlingen være anbefalet af din egen læge.

Det er muligt at få psykologhjælp på grund af en spiseforstyrrelse, der først bliver stillet efter, at psykologbehandlingen er påbegyndt.

Behov for psykologhjælp kan fx være præstationsangst, alvorlig sygdom, dødsfald, kærestesorger, mobning, svigt fra venner/veninder, flytning.

16.1.11 Psykiatrisk behandling
Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation til dig i forbindelse med sygdom eller skade.

16.1.12 Misbrug
Forsikringen dækker afvænning - ambulant eller under indlæggelse - i forbindelse med at du har fået diagnosticeret et misbrug af
- alkohol
- receptpligtig medicin
- narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer)
- spil (ludomani)

Behandling for misbrug er tidligst dækket fra 6 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft, og dækker uanset om der er tale om flere forskellige misbrug i forsikrings-perioden. Dette gælder uanset reglerne om overførsel af forsikring og anciennitet, se afsnit 6.

16.1.13 Smerteudredning
Forsikringen dækker udredning af vedvarende smerte ordineret af relevant speciallæge. Udredningen skal foregå på tværfaglig smerteklinik, dog skal udredning af smerter i forbindelse med kræft, foregå i offentlig regi.

16.1.14 Allergiudredning
Forsikringen dækker udredning af allergi til at kunne stille en diagnose.

16.2 Forsikringen dækker ikke
Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling
- hos alm. praktiserende læge.
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere.
- du selv eller en person i barnets nærmeste familie udfører, eller som udføres af en virksomhed, der tilhører en person i barnets nærmeste familie.
- af sygdomme eller skader, som har en konkret sammenhæng med barnets fysiske arbejde.
- af kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringen er trådt i kraft.
- af lidelser, opstået som følge af kroniske lidelser, uanset om lidelsen er opstået før eller efter, at forsikringen er trådt i kraft.
- som barnet udebliver fra uden at melde afbud. Det gælder uanset årsagen til udeblivelsen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til
- akut behandling
- alle former for attester
- alle former for kræft
- gentagende kontroller, se punkt 16.1.5.
- organtransplantation.
- dialysebehandling.
- synskorrektioner og behandling af skelen.
- kosmetiske og forebyggende behandlinger, se dog punkt 16.1.3.
- undersøgelser og behandling af alle former for spiseforstyrrelser. Gælder dog ikke for psykologhjælp, punkt 16.1.10.
- alle former for behandling i forbindelse med seksualitet og graviditet, og følger heraf.
- alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og paradentosebehandling, medmindre behandlingen er omfattet af punkt 16.1.7.
- taxa mellem hjemmet og behandlingssted.
- ophold på hospice.

Derudover dækker forsikringen ikke behandling af sygdom eller skader, der direkte eller indirekte skyldes
- udøvelse af professionel sport.
- epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

16.3 Karenstid
Der gælder følgende karenstider:
- For sygdom gælder, at barnet tidligst kan blive undersøgt/behandlet, når forsikringen har været i kraft i 2 måneder.
- Sygdomme/gener og følger af skader, der er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft, og som du kender til eller burde kende til, er dækket, når forsikringen har været i kraft i 2 år. Der gælder dog særlige regler for kroniske sygdomme, se punkt 16.1.1.

Karenstid er en venteperiode efter en forsikrings eller dækningsstartdato, hvor forsikringen eller dækningen endnu ikke gælder.

16.4 Behandlingssted
Forsikringen dækker behandling i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland.

Når det er muligt og hensigtsmæssigt, anviser vi til behandlingsstedet inden for 10 arbejdsdage fra vi har godkendt behandlingen.

Betalingsgaranti
Vi kan stille betalingsgaranti til det privathospital/den privatklinik, hvor barnet bliver undersøgt eller behandlet.

17. Erstatning og krav til dokumentation

17.1 Anmeldelse

Du kan anmelde skade ved at ringe til os eller via www.tjm-forsikring.dk

Anmeldelse af ulykkestilfælde

Et ulykkestilfælde skal anmeldes hurtigst muligt til os, også selv om skaden ser ud til at være af beskedent omfang.

Anmeldelse af sygdom

Sygdom skal anmeldes hurtigst muligt til os efter at sygdommen er diagnosticeret.

Sygdom er omfattet af forsikringen, hvis tilvalgsdækningen Sygdom, afsnit 14 og/eller Kritisk sygdom, afsnit 15 er valgt, og hvis den fremgår af oversigten over de sygdomme, der er dækket af forsikringen. Du kan se på din forsikringsaftale (police), om du har valgt en eller begge af disse dækninger.

Anmeldelse på sundhed

Du skal altid have en lægehenvisning fra din/det forsikrede barns egen læge, medmindre andet står i betingelserne, punkt 16.1, før behandlingen er dækket af forsikringen.

Yderligere oplysninger

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke 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 attest, erklæringer og undersøgelser, som vi finder nødvendige for at kunne vurdere sagen.

Det gælder også ved sygdomstilfælde, som dog kun er omfattet, når tilvalgsdækningen Sygdom, afsnit 14 og/eller Kritisk sygdom, afsnit 15 er valgt. Det kan du se af din forsikringsaftale (police). Du kan se på din forsikringsaftale, om du har valgt en eller begge af disse dækninger.

Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at lægeundersøgelse skal ske i Danmark, når det skal vurderes om forsikringen dækker, og når størrelsen på en eventuel erstatning skal vurderes. Vi betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transport eller for udgifter til ophold. Vi kan kræve at læge-, tandlæge-, fysioterapeut-, psykolog- eller kiropraktorbehandling skal finde sted i Danmark. Foretages tandbehandling i udlandet, skal du selv betale regningen, og efterfølgende sende den til os.

17.2 Hvis ulykkesforsikring i andre selskaber

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

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

17.3 Udbetaling af erstatning

Erstatning udbetales til den forsikrede.

Børn under 18 år

Erstatning vedrørende børn udbetales til forsikringstager. I tilfælde af dennes død tilfalder erstatningen det forsikrede barn og anbringes i overensstemmelse med reglerne for anbringelse af umyndiges midler. Er forsikrede fyldt 18 år på udbetalingstidspunktet, tilfalder erstatningen barnet.

Dødsfald

Erstatning udbetales til forsikredes nærmeste pårørende, medmindre det fremgår af forsikringsaftalen, at andet er aftalt.

Betaling af udgifter

Vi betaler for den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger. Ved behandling på privathospital/privatklinik vil betaling ofte ske, direkte mellem behandlingsstedet og os. Vi modregner tilskud fra Sygesikringen Danmark og/eller tilskud fra den offentlige sygesikring, som du eventuelt har ret til.

17.4 Genoptagelse

Genoptagelse af varigt mén efter ulykkestilfælde

Når en sag er afsluttet, kan den senere genoptages, hvis du som forsikrede beder om det. Genoptagelsen kræver lægelig dokumentation for, at følgerne efter ulykken er blevet forværret. Udgifterne til fremskaffelse af denne lægelige dokumentation betales af forsikrede. Hvis vi beslutter at genoptage sagen, betales udgifterne til den lægelige dokumentation af os.

Genoptagelse af erstatning for sygdom

Når vi har udbetalt erstatning for sygdom, afsnit 14 og Kritisk sygdom, afsnit 15, kan sagen ikke genoptages.

17.5 Sundhedsforsikring i andet selskab

Har du købt en forsikring mod samme risiko i et andet forsikringsselskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde sygdom eller tilskadekomst i begge selskaber.
Du kan se Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel på www.aes.dk.

17.6 Erstatning for varigt mén

Forsikringen udbetaler erstatning for fysisk og/eller psykisk varigt mén, som beskrevet i afsnittene om, hvad forsikringen dækker, afsnit 8, 9 og 12, Psykisk varigt mén og Udvidet varigt mén er tilvalgsdækninger, og derfor kun er omfattet, når det fremgår af din forsikringsaftale (police).

17.6.1 Méngrad

Méngraden skal være minimum 5 %. Erstatningen udbetales, når vi har fået de oplysninger, der er nødvendige for at kunne bedømme det varige mén.

17.6.2 Maks. forsikringssum

Det fremgår af din forsikringsaftale (police), hvilken sum, du har valgt. Udbetaling af erstatning sker på grundlag af forsikringssummens størrelse på tidspunktet for ulykken.

17.6.3 Fastsættelse af varigt mén

Méngraden fastsættes, når de endelige følger efter ulykkestilfældet

kan bestemmes. Méngraden kan højst være 100 % pr. ulykkestilfælde.

Méngraden afgøres efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel. Det er altid den vejledende méntabel, som gælder på tidspunktet for afgørelsen, der bruges til at fastsætte erstatningen.

Hvis skaden ikke er anført i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsættes méngraden efter skadens medicinske art og omfang. Der tages ikke hensyn til dit erhverv eller din sociale situation ved fastsættelsen af dit varige mén. Du kan se Arbejdsmarkedet Erhvervssikrings vejledende méntabel på www.aes.dk.

Uenighed om méngradens størrelse
Er du ikke enig i den af os fastsatte méngrad, kan du forlange spørgsmålet om méngradens størrelse forelagt Arbejdsskadestyrelsen. Vi kan også vælge at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen.

Den af parterne, der ønsker sagen forelagt Arbejdsskadesstyrelsen, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen, herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer.

17.6.4 Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.6.4.1 **Fysisk og psykisk varigt mén**	Erstatning for varigt mén udbetales som en procentdel af forsikringssummen svarende til den fastsatte méngrad. Udbetalingen sker som et engangsbeløb.	Méngraden fastsættes, når de blivende følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Ménets omfang afgør erstatningens størrelse. Forsikringen dækker ikke gener svarende til et i forvejen bestående mén eller en lidelse, herunder degenerativ forandring, uanset om den ikke tidligere har været symptomgivende. Endvidere kan dette forhold ikke bevirke, at méngraden fastsættes højere, end hvis et sådant mén elelr lidelse ikke eksisterede. **Knallert 45, motorcykel eller scooter** Du skal være opmærksom på, at vi har ret til at nedsætte erstatningen efter et ulykkestilfælde, hvis du ikke har oplyst os om, at du i din fritid var fører af indregistreret knallert 45, motorcykel, scooter eller lignende efter at forsikringen er trådt i kraft.
17.6.4.2 **Udvidet varigt mén** Tilvalgsdækning. Omfattet, når det fremgår af forsikringsaftalen (policen)	**Dobbelterstatning** Erstatning for varigt mén fordobles, når méngraden er 30 % eller derover. **Tab af syn** Forhøjelse af erstatning for varigt mén ved 100 % tab af syn. **Tab af hørelse** Forhøjelse af erstatning for varigt mén ved 75 % tab af hørelse. **Amputation** Forhøjelse af erstatning for varigt mén efter procentsatsen for den relevante legemsdel nævnt i tabellen, afsnit 10.4.1. Der udbetales dobbelterstatning, når méngraden vedrørende denne dækning er 30 % eller derover, se punkt 11.4.1. **Ekstra rådighedsbeløb** 119.813 kr. (2024)	Ved mindre syns- eller hørenedsættelse reguleres erstatningen tilsvarende. Erstatning for forhøjet varigt mén opgøres efter procentsatsen nævnt i Méntabel for tab og amputation af legemsdele, afsnit 11.4. Ved tab af syn eller hørelse kan den samlede erstatning maks. udgøre 100 % Udbetaling af rådighedsbeløb vil ikke blive fratrukket erstatningen for det varige mén.

17.7 Erstatning for grunddækningens øvrige dækninger
Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit i 8.2 til 8.5

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.7.1 Behandlingsudgifter	**Fysisk varigt mén** Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, indtil méngrad er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skade-datoen. **Psykisk varigt mén** Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos psykolog indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 20 timer.	Vi kan henvise til en behandler i vores kvalitetssikrede og landsdækkende netværk af behandlere.
17.7.2 Transportudgifter	Rimelige og nødvendige udgifter	Transport gælder fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted.
17.7.3 Tandskade	Rimelige og nødvendige udgifter	Forsikringen dækker ikke tandskade opstået i forbindelse med boksning eller andre selvforsvars- eller kampsportsgrene, se punkt 8.2. Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tandens/tændernes og alle former for protesers tilstand var forringet inden ulykkestilfældet, fx som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller anden sygdom i tænderne og de omgivne knogler. Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatningen for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til udgiften til nødvendig behandling af en sund tand.
17.7.4 Dødsfald og begravelseshjælp	**Dødsfald** Det fremgår af din forsikringsaftale (police), hvilken forsikringssum, du har valgt. **Begravelseshjælp** Udbetales, når barn under 18 år dør efter et ulykkestilfælde. Erstatning udgør 50.000 kr. (indeksreguleres ikke).	Hvis der i forbindelse med samme ulykkestilfælde, som medfører dødsfaldet, tidligere er blevet udbetalt erstatning for varigt mén, fratrækkes denne erstatning før der udbetales for dødsfaldet. Når du er fyldt 18 år gælder den forsikringssum for dødsfald, der er valgt for forsikringen, og som fremgår af forsikringsaftalen (policen).

17.8 Erstatning for øvrige tilvalgsdækninger efter ulykkestilfælde
Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit 9 til 14.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.8.1 **Farlig sport** Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	**Varigt mén** Erstatter med op til den valgte sum, se punkt 17.6.4.1 dog højst 1.500.000 kr. ved invaliditet (beløbet indeksreguleres ikke). **Dødsfald eller begravelseshjælp** Erstatter med den valgte sum, se punkt 17.7.4, dog højst 500.000 kr. ved død (beløbene indeks-reguleres ikke). **Tandskade** Rimelige og nødvendige udgifter, se punkt 17.7.3.	
17.8.2 **Strakserstatning ved knoglebrud o.lign.** Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	**Ved ét knoglebrud ved ét ulykkestilfælde** 11.980 kr. pr. ulykkestilfælde (2024). **Ved flere knoglebrud på forskellige legemsdele ved samme ulykkestilfælde** 17.971 kr. pr. ulykkestilfælde (2024).	Udbetales som et engangsbeløb, så snart skaden er diagnosticeret af relevant speciallæge. Erstatningen vil ikke senere blive fratrukket en eventuel udbetaling for varigt mén. **Flere knoglebrud på samme legemsdel** Udbetales kun som én skade. • Et ben, til og med hofteled, betragtes som én legemsdel. • En arm – til og med skulderled, betragtes som én legemsdel.
17.8.3 **Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde** Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	**Hospitalskompensation** 300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke), i alt op til 12 måneder. Udbetales kun én gang, selv om der sker et nyt ulykkestilfælde inden for de nævnte 12 måneder. **Rengøringshjælp** Minimum 2 timer én gang om ugen, i alt op til 20 timer. **Ekstra transportudgifter** Op til 6 gange pr. ulykkestilfælde til siddende transport til og fra nærmeste sygehus eller et behandlingsted op til 50 km fra din bopæl i Danmark. Transport til og fra behandlingssted gælder som én transport.	Hvis du bliver indlagt igen på grund af samme ulykkestilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold. Rengøring foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører. Transport foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører.
17.8.4 **Tyggeskade** Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Rimelige og nødvendige udgifter.	Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tandens/tændernes og alle former for protesers tilstand var forringet inden ulykkestilfældet, fx som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller anden sygdom i tænderne og de omgivne knogler. Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatningen for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til udgiften til nødvendig behandling af en sund tand.

17.9 Erstatning for Sygdom og Kritisk sygdom
Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit i 14 og 15.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.9.1 **Sygdom** Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Forsikringssum udgør 718.880 kr. (2024). **Erstatning for sygdom** En procentdel af forsikringssummen svarende til den erstatningsprocent, der gælder for den konkrete sygdom. Udbetalingen sker som et engangsbeløb, og udbetales så snart sygdommen er diagnosticeret. **Hospitalskompensation** Erstatning kan udbetales ved indlæggelse på grund af sygdom fra liste i punkt 14.4. 300 kr. pr. dag (indeksreguleres ikke), i alt op til 12 måneder. Udbetales kun én gang, selv om der diagnosticeres en ny sygdom. **Rengøringshjælp** Minimum 2 timer én gang om ugen, i alt op til 20 timer. **Ekstra transportudgifter** Op til 6 gange til siddende transport til og fra nærmeste sygehus eller et behandlingssted op til 50 km fra din bopæl i Danmark. Transport til og fra behandlingssted gælder som én transport.	Erstatningen fastsættes ud fra procentsatserne for de enkelte sygdomme i tabellen over sygdomme omfattet af forsikringssummen, se punkt 14.4. Hvis du bliver indlagt igen på grund af samme sygdomstilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold. Rengøring foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører. Transport foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører.
17.9.2 **Kritisk sygdom** Tilvalgsdækning for Børne- og Ungdomsulykke. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	119.813 kr. (2024). Udbetalingen sker som et engangsbeløb, og udbetales så snart den kritiske sygdom er diagnosticeret.	

17.10 Udgifter for Sundhed
Vi betaler for udgifter, når forsikringen dækker som beskrevet i afsnit 16.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
17.10.1 Sundhed generelt Tilvalgsdækning for Børneforsikring. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Rimelige og nødvendige udgifter til privathospital/privatklinik. Årlig maks. forsikringssum svarer til den valgte sum for varigt mén på Ulykke. Summen fremgår af forsikringsaftalen (policen). Hvis du opbruger den årlige forsikringssum, dækker vi ikke yderligere for dig i forsikringsåret.	Betaling af udgifterne kan ske, når der er tale om en dækningsberettiget skade eller sygdom, se afsnit 16, og det er aftalt med os forinden.
17.10.2 Kroniske sygdomme	Udgifter til medicin og anden relevant behandling i op til 3 måneder fra diagnosen er stillet.	
17.10.3 Second opinion	Udgifter til én yderligere medicinsk vurdering.	
17.10.4 Tandbehandling pga. sygdom	Op til 15.000 kr. pr. sygdom (indeksreguleres ikke).	
17.10.5 Genoptræning	Op til 6 måneder pr. sygdom/skade.	
17.10.6 Hjælpemidler	Op til 6 måneder.	
17.10.7 Fysiske behandlinger	Op til 12 behandlinger i alt hos fysioterapeut/kiropraktor pr. sygdom eller fysiske gene pr. forsikringsår.	Har du behov for mere end de nævnte 12 behandlinger for samme sygdom/skade, skal barnet være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før der igen kan gives behandling. Herefter kan du anmelde sygdommen eller skaden igen.
17.10.8 Psykologhjælp	Op til 12 konsultationer hos psykolog pr. sygdom eller skade pr. forsikringsår.	Har du behov for mere end 12 konsultationer for samme sygdom eller skade, skal barnet være symptomfri i 12 sammenhængende måneder, før der igen kan gives behandling. Herefter kan du anmelde sygdommen/skaden igen.
17.10.9 Psykiatrisk behandling	Op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade pr. forsikringsår.	Uanset antal sygdomme eller skader, dækker vi højst 12 behandlinger i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling.
17.10.10 Misbrug	Forsikringen dækker udgifter for op til 100.000 kr. (indeksreguleres ikke) i den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.	Der gælder en karenstid på 6 måneder fra forsikringen træder i kraft. Dette gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i punkt 6.
17.10.11 Smerteudredning	Op til 15.000 kr. pr. sygdom eller skade (indeksreguleres ikke).	
17.10.12 Allergiudredning	Op til 5.000 kr. pr. udredning (indeksreguleres ikke).	

18. Generelle bestemmelser

Aftalegrundlag

Forsikringen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle policetillæg og forsikringsbetingelserne. For forsikringen gælder endvidere Lov om forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Tilsyn og garantifond

TJM Forsikring er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger om dækninger på forsikringerne kan findes på www.tjm-forsikring.dk

Forsikringstagers tilknytning

Forsikringsaftalen forudsætter, at du er berettiget til medlemskab af Interesseforeningen, hvis vedtægter kan udleveres efter ønske.

Forsikring i andet selskab

Har du oprettet forsikring mod samme type skade i et andet forsikringsselskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde skaden til begge selskaber.

Vi betaler ikke erstatning for skader, som du modtager fuld dækning for hos et andet forsikringsselskab. Har det andet selskab begrænset dækning i tilfælde af dobbeltforsikring, gælder samme begrænsning hos os. Dermed er vi og det andet forsikringsselskab forpligtet til at betale forholdsmæssig erstatning.

Betaling af skyldige beløb

Præmier og andre skyldige beløb opkræves samtidig. Betaling foregår ved betalingsoverførsel.

Som skyldige beløb regnes præmie, skadeforsikringsafgift og andre afgifter/gebyrer til det offentlige eller til os.

Hvis der sendes meddelse ved restance, har vi ret til at opkræve ekspeditionsgebyr, morarenter og evt. andre omkostninger. Vi har endvidere ret til at beregne et gebyr for udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser svarende til omkostningerne herved. Se afsnittet om gebyrer. Hvis omkostningerne stiger, har vi ret til at hæve renter og gebyrer tilsvarende.

Forsikringens betaling

Forsikringens skyldige beløb skal kunne opkræves og betales ved direkte fradrag i din anviste løn, pension eller lignende hver måned efter retningslinjer, der er godkendt af os og dit lønkontor.

Opkrævningen sker automatisk til det udbetalingssted hos dit løn- eller pensionskontor, der er aftalt med dig. Prisen på din forsikring forfalder til betaling forud for den aftalte periode pr. den dato, den månedlige udbetaling er anvist.

Kan prisen for din forsikring ikke opkræves og trækkes via din løn hver måned, kan vi bestemme en anden opkrævningsform, fx Betalingsservice, og bestemme, om opkrævningen skal ske månedlig, kvart-, halv- eller helårligt. Muligheden for opsigelse af aftalen påvirkes ikke af opkrævningsperioden.

Vi sender opkrævningen til den betalingsadresse/bankkonto, vi har aftalt med dig. Prisen på din forsikring forfalder til betaling den første dag i måneden i den aftalte periode.

Hvis forsikringen ikke bliver betalt til tiden, får betaleren en rykker. Er forsikringen ikke betalt 21 dage efter den første rykker, stopper forsikringen.

Sådan behandler vi dine personoplysninger

På www.tjm-forsikring.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler oplysninger om dig, hvor oplysningerne bliver registreret, og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Hvad skal vi have besked om?

Retten til erstatning kan blive nedsat, hvis du ikke giver os besked om visse ændringer. Derfor er det vigtigt, at du giver os besked hvis:

- antallet af personerne i din husstand ændrer sig.
- du flytter.
- der sker ændringer i din ansættelse, medlemsret og lignende.
- der i øvrigt sker ændringer i andre forhold, der har betydning for de aftalte vilkår.

Den enkelte forsikring kan have flere særlige regler om meddelelsespligt - se derfor efter sådanne bestemmelser i det enkelte produkts vilkår.

Ved modtagelse af ændringsmeddelelsen afgør vi, om og på hvilke vilkår forsikringen kan fortsætte. Ændringen gælder fra det tidspunkt, hvor vi har modtaget besked, medmindre ændringen har betydning for risikofastsættelse for en forudgående periode.

Lønsted, orlov, pension, fratrædelse

Derudover skal du meddele enhver ændring i dit ansættelses- eller aflønningsforhold med betydning for den månedlige betaling, fx skift i lønsted/-nummer, overgang til orlov, pensionering, fratrædelse og lignende. Sker opkrævning gennem Betalingsservice, skal ændring af betydning for betaling også straks meddeles til os.

Generelle undtagelser

Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand og anden rådgivning, medmindre det direkte fremgår af forsikringens egne særlige betingelser og af betingelserne for retshjælp. Forsikringen dækker ikke skade, uanset din sindstilstand eller tilregnelighed, der direkte eller indirekte skyldes:

- forsætlige, strafbare eller groft uagtsomme handlinger eller undladelser.
- krig, krigslignende handlinger, NBCR-terrorskader (terrorhandlinger hvor der anvendes nukleare, biologiske, kemiske eller radioaktive våben), neutralitetskrænkelser, borgerkrig, oprør eller uroligheder.
- oversvømmelser fra hav, fjord, sø, å eller vandløb, jordskælv, cykloner, vulkanudbrud eller andre naturkatastrofer.
- fejl i og tab af software mv., eller fejl forårsaget af virus- og hackerangreb eller lignende.
- arrest, beslaglæggelse eller andet indgreb foretaget af offentlig myndighed.
- atomkernereaktioner og radioaktiv bestråling, uanset om skaden sker i krigs- eller fredstid. Skade, som direkte eller indirekte skyldes kernereaktioner benyttet til sædvanligt industrielt,

medicinsk eller videnskabeligt formål, kan dog være dækket, når der er tale om forskriftsmæssig anvendelse, der ikke har stået i forbindelse med reaktor- eller acceleratordrift.

Indeksregulering

Prisen på forsikringen, selvrisikobeløb og forsikringssummer indeksreguleres og fremgår af forsikringsaftalen (policen) eller forsikringsvilkårene.

Indeksregulering følger "Lønindeks for den private sektor", som er beregnet af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har vi ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

Indeksregulering sker hvert år fra den 1. januar. Indekset for første kvartal året før danner grundlag for reguleringen.

Selvrisikobeløb og forsikringssummer bliver ikke indeksreguleret på følgende betingelser: Indbo 20T2, Årsrejse PAT2 og Bil 22T3.

Ændringer i vilkår, priser og gebyrer

Vi varsler væsentlige ændringer af betingelserne og/eller prisen senest 30 dage før, forsikringsperioden udløber. Ændringer i prisen, der ikke er væsentlige, vil blive opkrævet sammen med den almindelige indeksregulering.

Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne, og forsikringen fortsætter med de ændrede betingelser og/eller pris. Du skal opsige en forsikring skriftligt, hvis du ikke ønsker at fortsætte den, for at undgå problemer med betaling og dækning på eventuelle andre forsikringsaftaler hos os.

Indeksregulering af forsikring betragtes ikke som en ændring af vilkår eller pris og skal ikke varsles individuelt (skriftligt). Det samme gælder lovmæssige ændringer af afgifter til fx staten samt små ændringer i gebyrer og priser (maks. 30 kr. årligt), som alene er begrundet i øgede omkostninger ved den aktivitet eller dækning, gebyret eller prisen vedrører.

Gebyrer

Vi er berettiget til at opkræve gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved fx opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udbetalinger, print og behandling af dokumenter, oversigter, besigtigelser, ekspeditioner og ydelser i forbindelse med forsikrings- og skadebehandling mv.

Vi kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer, når det er begrundet i:

- omkostningsmæssige årsager – fx hvis vi digitaliserer flere af vores processer eller ydelser eller indfører flere selvbetjeningsløsninger.
- forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte vores ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde eller for at ændre den generelle gebyrstruktur.

Ændringer i gebyrer offentliggøres på vores hjemmeside med én måneds varsel til den første i en måned. Væsentlige ændringer af eksisterende gebyrer eller indførelse af nye gebyrer, som overstiger det aftalte, vil dog også blive varslet individuelt (skriftligt) med én måneds varsel til den første i en måned.

Du kan altid se de gældende gebyrer på www.tjm-forsikring.dk eller få dem oplyst hos os.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Aftalens varighed og opsigelse

Opsigelse med 30 dages varsel

Medmindre andet fremgår af den enkelte forsikringsaftale, kan forsikringen eller en dækning opsiges til udgangen af en måned, når skriftlig opsigelse/anmodning er modtaget mindst 30 dage forinden.

Ændring eller forsikringsophør kan i visse tilfælde ske hurtigere ved risikoens naturlige bortfald som fx salg - når vi kan godkende dokumentationen for dette.

Ved en skade

Både du og vi har med 14 dages varsel ret til at opsige forsikringen eller dele heraf efter enhver anmeldt skade i indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller efter afvisning af skaden.

Skærpede vilkår

I stedet for at opsige forsikringen, kan vi vælge at tilføje skærpede vilkår på din forsikring, hvis vi konstaterer særlige risikoforhold ved behandling af en skade. Særlige risikoforhold kan være, at der er anmeldt mange skader.

Skærpede vilkår kan fx være tvungen selvrisiko, ekstra selvrisiko i en periode eller ændring af den eksisterende selvrisiko, forhøjelse af prisen på forsikringen eller begrænsning i dækningen. Vi kan ligeledes kræve, at du skal foretage forebyggende foranstaltninger som en del af de skærpede vilkår.

Du skal have skriftlig besked om de skærpede vilkår på din forsikring. Varslingen kan ske med 14 dages varsel, i perioden fra du anmelder skaden og til senest 14 dage efter, at erstatningen er udbetalt, eller skaden er afvist.

Ønsker du ikke forsikringen med de skærpede vilkår, skal du opsige den senest den dato, hvor de skærpede vilkår ville gælde fra.

Risikovurdering af kundeforhold

Vi foretager årligt en risikovurdering af kundeforholdet. Vi vurderer risikoen på tværs af dine forsikringer og tilvalgsdækninger. Det betyder, at prisen på den enkelte forsikring kan afhænge skadeforløbet på alle dine forsikringer, herunder også dine tilvalgsdækninger.

Risikovurdering af kundeforhold

Vi foretager årligt en risikovurdering af kundeforholdet. Vi vurderer risikoen på tværs af dine forsikringer og tilvalgsdækninger. Det betyder, at prisen på den enkelte forsikring kan afhænge skadeforløbet på alle dine forsikringer, herunder også dine tilvalgsdækninger.

Mulighed for at klage

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt afdelingen, der har behandlet din sag. Hvis du stadig ikke er enig, kan du kontakte Kvalitet, som er Trygs klageansvarlige afdeling:



Tryg
Postkode J22
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup
E-mail: kvalitet@tryg.dk

Er du ikke tilfreds med resultatet af din henvendelse til Kvalitet, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Østergade 18, 2
1100 København K
Tlf. 33 15 89 00 mellem kl. 10.00 - 13.00
www.ankeforsikring.dk.

Det koster et mindre gebyr at klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen skal indsendes på et specielt skema, som du kan få hos Kvalitet eller hos Ankenævnet for Forsikring.