

Børneulykke forsikring



Børneforsikring

Ulykke, Sygdom og Sundhed

Forsikringsbetingelser nr. 16M0

Aftalegrundlag

Forsikringen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle policetillæg og forsikringsbetingelserne, der tilsammen udgør den aftale, der formidles af FDM Forsikring og tegnes i Tryg Forsikring A/S, Tryg Gruppeforsikring.
For forsikringen gælder endvidere Lov om forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Tilsyn og Garantifond

Tryg er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringselskaber.

Din børneforsikring består af din forsikringsaftale (police) og dine forsikringsbetingelser

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger og forsikringssummer, du som forsikringstager har valgt for forsikringen.
- Når vi skriver barnet i forsikringsbetingelserne, mener vi det forsikrede barn, og når vi skriver du, mener vi dig som forsikringstager.
- Forsikringsbetingelserne er delt i 6 hovedafsnit. I afsnit 2-4 kan du læse, hvad børneforsikringen dækker og hvordan erstatningen beregnes samt hvilke krav, vi stiller til dokumentation. I afsnit 5 kan du læse om de generelle bestemmelser, og i afsnit 6 kan du læse om din ret til at fortryde forsikringen.
- Vær opmærksom på, hvad du som forsikringstager skal sørge for, fx hvornår vi skal have besked om ændringer, der kan have betydning for forsikringen, se afsnit 1.

Hvis du skal bruge din børneforsikring

- Ved sygdom eller tilskadekomst skal du altid kontakte din egen læge eller skadestue.
- Hvis din egen læge mener, at der er et behandlingsbehov, vil du få en henvisning til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning er nødvendig for, at dit barn kan gøre brug af tilvalgsdækningen Sundhed.
- Kontakt os derefter for at anmelde skaden på 33 91 66 88 via www.fdm.dk/forsikring.
- Vi benytter behandlere og leverandører fra vores kvalitetssikrede og landsdækkende netværk, som dit barn vil blive henvist til.

Hvis dit barn får brug for krisehjælp

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

- dødsfald i nærmeste familie.
- at barnet eller en person i nærmeste familie bliver udsat for røveri/overfald.
- at barnet bliver udsat for en pludselig hændelse, hvor barnet kommer i fare for alvorlig 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, forældres kæreste/samlever, søskende og bedsteforældre.

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side
1. Generelt om børneforsikringen	3	2.4 Tandskade og Tyggeskade	5	4. Sundhed	15
1.1 Hvad skal du selv sørge for	3	2.5 Begravelseshjælp	5	4.1 Forsikringen dækker	15
1.2 Hvem er omfattet	3	2.6 Strakserstatning ved knoglebrud	6	4.2 Forsikringen dækker ikke	16
1.3 Hvor gælder forsikringen	3	2.7 Udvidet varigt mén	6	4.3 Karenstid	16
1.4 Hvornår gælder forsikringen	3	2.8 Omsorg ved ulykkestilfælde	8	4.4 Behandlingssted	17
1.5 Overførsel af forsikring og anciennitet	3	2.9 Erstatning og krav til dokumentation	8	4.5 Erstatning og krav til dokumentation	17
2. Ulykke	4	3. Sygdom	11	5. Generelle bestemmelser	19
2.1 Varigt mén	4	3.1 Kritisk sygdom for børn og unge	11	6. Fortrydelsesret	21
2.2 Transportudgifter	5	3.2 Sygdom	12		
2.3 Behandlingsudgifter	5	3.3 Erstatning og krav til dokumentation	14		

1. Generelt om børneforsikringen

1.1 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. Retten til erstatning kan ellers blive nedsat eller helt bortfalde.

Ulykke

Du skal straks give os besked,

- hvis barnet starter erhvervmæssig beskæftigelse, fx som lærling eller elev i en virksomhed, efter endt skolegang/uddannelse og senere ved enhver ændring af beskæftigelse.
- hvis barnet ophører med erhvervmæssig beskæftigelse, uanset årsagen til ophøret.

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

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 eller barnet flytter.
- Ændringer i betalingsadressen.

1.2 Hvem er omfattet

Forsikringen dækker det barn, der er nævnt på forsikringsaftalen (policen) som forsikrede.

Når vi skriver barnet i forsikringsbetingelserne, mener vi det forsikrede barn.

1.3 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.

1.4 Hvornår gælder forsikringen

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 tilvalgsdækningerne Kritisk Sygdom, Sygdom og Sundhed gælder der særlige karenstider, se afsnit 3 og 4.

Forsikringens varighed

Forsikringen dækker indtil barnet er fyldt 18 år, og fortsætter automatisk som Personforsikring Ung, indtil barnet fylder 25 år.

1.5 Overførsel af forsikring og anciennitet

Overtagelse af anciennitet

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra eventuelle tidligere tilsvarende individuelle forsikringer, som er nævnt i afsnit 3. Sygdom og afsnit 4. Sundhed.

Der kan ikke ske overførsel af anciennitet fra en

- Diagnoseforsikring (eller anden lignende forsikring 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.

Hvad er dækket

Her kan du læse, hvad børneforsikringen dækker. Det fremgår af din forsikringsaftale (police), hvilke dækninger og forsikringssummer, du har valgt.

2. Ulykke

Forsikringen dækker skader som følge af ulykkestilfælde, og dækker hele døgnnet.

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

2.1 Varigt mén

2.1 Varigt mén

Forsikringen dækker, hvis barnet får et fysisk og/eller psykisk varigt mén som følge af et ulykkestilfælde.

Det fremgår af din forsikringsaftale (police), om forsikringen giver ret til erstatning ved et varigt mén på mindst 5 % eller 8 %.

2.1.1 Fysisk varigt mén

Dækningen for fysisk varigt mén dækker også,

- ildebefindende eller besvimelse, dvs. kortvarigt bevidsthedstab, hvor hovedårsagen ikke er sygdom.
- som følge af insektstik, drukning, redning eller forsøg på redning af menneskeliv.

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

2.1.2 Psykisk varigt mén

Forsikringen dækker, hvis barnet får et psykisk varigt mén. Hvis det varige mén består af både et fysisk og et psykisk varigt mén, giver forsikringen ret til erstatning for den samlede méngrad.

Forsikringen dækker psykisk varigt mén, hvis

2.1.2.1

barnet har været udsat for fysisk personskade.

2.1.2.2

barnet har været i direkte fare for fysisk personskade/livsfare, uden at barnet samtidig har fået fysiske skader.

2.1.2.3

et medlem af barnets nærmeste familie har været udsat for alvorlig fysisk personskade/var i direkte livsfare eller er afgået ved døden, fx bilulykke, drukneulykke eller hjemmerøveri.

2.1.2.4

Et medlem af barnets nærmeste familie forsøger selvmord eller begår selvmord.

Nærmeste familie er barnets forældre, forældres kæreste/samlever, søskende og bedsteforældre.

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.1.

2.1.3 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.

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.

2.1.4 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke, når skaden skyldes:

2.1.4.1

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

2.1.4.2

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

2.1.4.3

Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.

2.1.4.4

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

2.1.4.5

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

2.1.4.6

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

2.1.4.7

Skader, der skyldes smitte med sygdomme, vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.

2.1.4.8

Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

2.1.4.9

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

2.1.4.10

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

2.1.4.11

Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

2.1.4.12

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

2.1.4.13

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

2.1.4.14

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.

2.1.4.15

Hvis barnet får et psykisk varigt mén, fordi barnet i forbindelse med en kriminell handling forvolder skade på en anden person.

2.1.4.16

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

2.2 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til transport fra ulykkesstedet og til nærmeste behandlingssted.

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.4.

Forsikringen dækker ikke andre transportudgifter.

Læs også undtagelserne i afsnit 2.1.4.

2.3 Behandlingsudgifter

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 2.9.6.3.

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 afsnit 2.1.4.

2.4 Tandskade og Tyggeskade

(Tyggeskade gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

2.4.1 Tandskade

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.

2.4.2 Tyggeskade

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.

2.4.3 Behandling af skaden

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 af tandskaden 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.

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.5.

2.4.3 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.
- tandskader sket i forbindelse med udøvelse af boksning, selvforsvar og kampsport.
- Følgeudgifter efter skade, så som udgifter til medicin, forbindinger, bandage, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.

Læs også undtagelserne i afsnit 2.1.4.

2.5 Begravelseshjælp

Forsikringen dækker begravelseshjælp, når dødsfaldet sker i forbindelse med et ulykkestilfælde sket inden barnet er fyldt 18 år.

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.6.

Forsikringen dækker ikke dødsfald, der skyldes sygdom eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.

Læs også undtagelserne i afsnit 2.1.4.

2.6 Strakserstatning ved knoglebrud o.lign.

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

2.6.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis barnet 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.

2.6.2 Krav til dokumentation

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

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.7.

2.6.3 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke brud på fingre, tæer, isolerede led-båndsskader og/eller andre knogler eller skeletdele end dem, der er nævnt i punkt 2.6.1.

Læs også undtagelserne i afsnit 2.1.4.

2.7 Udvidet varigt mén

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen giver en højere erstatning for varigt mén efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde, se afsnit 2.1 i følgende tilfælde:

2.7.1 Dobbelterstatning ved 30 %

Forsikringen udbetaler dobbelterstatning, når barnets varige mén er på 30 % eller derover.

2.7.2 Ekstra rådighedsbeløb

Hvis barnets varige mén bliver 30 % eller derover, udbetales et ekstra beløb til forsikringstager til fri rådighed. Beløbet fratrækkes ikke den endelige erstatning for varigt mén.

2.7.3 Tab af syn eller hørelse

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

Barnet får ikke samtidig fordoblet erstatningen, se punkt 2.7.1, selv om det varige mén er 30 % eller derover.

Forsikringen dækker under følgende forudsætninger:

Tab af syn på rask øje

Forsikringen dækker når barnet 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 barnet er blind på det ene øje og samtidig rask på det andet øje. Hvis barnet 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 rask øre

Forsikringen dækker når barnet 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 barnet er døv på det ene øre og har normal hørelse på det andet øre. Hvis barnet 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.

2.7.4 Amputation

Forsikringen dækker ved fuldstændig eller delvis tab/amputation af en legededel, se méntabellen i punkt 2.7.4.1.

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 2.7.1.

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.

Læs om erstatning i punkt 2.9.6.2 og om undtagelserne i punkt 2.1.4.

2.7.4.1 Méntabel for tab og amputation af legemsdele

Type skade		Méngrad i procent
Syn og høreelse	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 %

2.8 Omsorg ved ulykkestilfælde

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

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

Barnet kan få hjælp fra det øjeblik, behovet for hjælp opstår, og ulykkestilfældet er anmeldt til og anerkendt af os, selv om det varige mén endnu ikke er fastsat. Læs om erstatning i punkt 2.9.6.8 og undtagelserne i afsnit 2.1.4.

2.8.1 Hospitalskompensation

Forsikringen dækker, hvis barnet bliver indlagt i mindst 5 sammenhængende dage.

Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme ulykkestilfælde gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse.

2.8.2 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker rengøringshjælp i barnets eget hjem i Danmark.

Forsikringen dækker rengøringshjælp til dig som forældre/værge til barnet. 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 at selv at foretage rengøring i eget hjem.

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, der konkret er brug for.

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

2.8.3 Ekstra transportudgifter

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

Forsikringen giver ret til transporter til og fra behandlingssted indtil 50 km fra barnets bopæl eller til nærmeste behandlingssted. 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 udgifter, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

2.9 Erstatning og krav til dokumentation

2.9.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse af ulykkestilfælde

Du kan anmelde ved at ringe til os eller via www.fdm.dk/forsikring.

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

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.

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-, fysioterapi-, psykolog- eller kiropraktorbehandling skal finde sted i Danmark. Foretages behandling i udlandet, skal du selv betale regningen, og efterfølgende sende den til os.

2.9.2 Udbetaling af erstatning

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

Dødsfald

I tilfælde af barnets død udbetales begravelseshjælp til forsikringstager, medmindre det fremgår af forsikringsaftalen (policen), at andet er aftalt.

2.9.3 Genoptagelse af varigt mén efter ulykkestilfælde

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

2.9.4 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 tegnede sum var 10 mio. kr.

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

2.9.5 Erstatning for varigt mén

Forsikringen udbetaler erstatning for fysisk og/eller psykisk varigt mén, som beskrevet i afsnit 2.1 om varigt mén.

Méngrad

Méngraden skal være mindst 5 % eller 8 %. Det fremgår af din forsikringsaftale (police), hvilken méngrad, du har valgt til dit barn. En eventuel erstatning udbetales, når vi har fået de oplysninger, der er nødvendige for at kunne bedømme, om barnet har et varigt mén.

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.

Fastsættelse af varigt mén

Méngraden fastsættes, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes.

Méngraden kan højst være 100 % pr. ulykkestilfælde.

Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende 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 vejledende méntabel, fastsættes méngraden efter skadens medicinske art og omfang. Der tages ikke hensyn til barnets erhverv eller sociale situation ved fastsættelse af det varige mén.

Du kan se Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel på www.aes.dk.

2.9.6 Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
2.9.6.1 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 eller lidelse ikke eksisterede.
2.9.6.2 Udvidet varigt mén Tilvalgsdækning. Omfattet, når det fremgår af forsikringsaftalen (police)	Dobbelterstatning Erstatning for varigt mén fordobles, når méngraden er 30 % eller derover. Ekstra rådighedsbeløb 103.174 kr. (2017 indeks) 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 2.7.4.1. Der udbetales dobbelt-erstatning, når méngraden vedrørende denne dækning er 30 % eller derover, se punkt 2.7.1.	Udbetaling af rådighedsbeløb vil ikke blive fratrukket erstatningen for det varige mén. 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 2.7.4.1. Ved tab af syn eller hørelse kan den samlede erstatning maks. udgøre 100 %

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
2.9.6.3 Behandlingsudgifter	Fysiske behandlinger Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, indtil méngrad er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen. Psykologhjælp 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.
2.9.6.4 Transportudgifter	Rimelige og nødvendige udgifter.	Transport gælder fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted.
2.9.6.5 Tandskade Tyggeskade er tilvalgsdækning, og omfattet af forsikringen når det fremgår af forsikringsaftalen (policen)	Rimelige og nødvendige udgifter.	Forsikringen dækker ikke tandskade opstået i forbindelse med boksnings eller andre kampsports-grene. Nedsættelse af erstatning Erstatningen kan nedsættes eller helt 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 nabetænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatningen for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til nødvendig behandling af en sund tand.
2.9.6.6 Begravelseshjælp	Erstatning udgør 50.000 kr. (indeksreguleres ikke), og udbetales når barn under 18 år dør som følge af et ulykkestilfælde.	
2.9.6.7 Strakerstatning ved knoglebrud o.lign. Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Ved ét knoglebrud ved ét ulykkestilfælde 10.317 kr. pr. ulykkestilfælde (2017 indeks). Ved flere knoglebrud på forskellige legemsdele ved samme ulykkestilfælde 15.477 kr. pr. ulykkestilfælde (2017 indeks).	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. <ul style="list-style-type: none"> • Et ben, til og med hofteled, betragtes som én legemsdel. • En arm – til og med skulderled, betragtes som én legemsdel.
2.9.6.8 Omsorg ved ulykkestilfælde Tilvalgsdækning.	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 behandlingssted op til 50 km fra din bopæl i Danmark. Transport til og fra behandlingssted gælder som én transport.	Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme ulykkestilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold. Rengøring og transport foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører.

3. Sygdom

3.1 Kritisk sygdom for børn og unge

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

3.1.1 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 afsnit 3.1.3, når diagnosen er stillet efter barnets fødsel og inden barnet fylder 18 år.

Læs om erstatning i punkt 3.3.3.1.

3.1.2 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.

3.1.3 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 IOCD 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 eller barnet får kendskab til diagnosen.

Følgende sygdomme er omfattet:

Epilepsi, diagnosekode G40

Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.

Meningitis forårsaget af bakterier (hjernehindebetændelse), diagnosekode G01

Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

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.

Leddegigt (reumatoid artrit), diagnosekode M08

Kronisk inflammatorisk ledsygdom, som medfører ødelæggelse af led. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge.

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 barnet efterfølgende får diagnosticeret andre kræftformer. Forsikringen dækker ikke de nævnte kræftformer, som er diagnosticeret eller som det forsikrede barn 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.

Kronisk nyresvigt

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

Cystisk fibrose, diagnosekode E84

Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.

Calves-Legg-Perthes, diagnosekode M91

Diagnosen skal være stillet af speciallæge i ortopædkirurgi.

3.1.4 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.

3.2 Sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

3.2.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis barnet får diagnosticeret en af de sygdomme, som er nævnt i tabellen i punkt 3.2.4.

3.2.1.1 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.

3.2.2 Omsorg

Barnet kan desuden få hjælp fra det øjeblik, behovet for hjælp opstår, og sygdommen er anmeldt til og anerkendt af os, selv om der endnu ikke er udbetalt erstatning for sygdommen.

Læs om erstatning i punkt 3.3.3.2.

3.2.1.2 Hospitalskompensation ved sygdom

Forsikringen dækker, hvis barnet bliver indlagt i mindst 5 sammenhængende dage

Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme sygdom gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse.

3.2.1.3 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker rengøringshjælp i barnets eget hjem.

Forsikringen dækker rengøringshjælp til dig som forældre/værge til barnet. 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 at selv at foretage rengøring i eget hjem.

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, der konkret er brug for.

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

3.2.1.3 Ekstra transportudgifter

Forsikringen dækker udgifter til transport for barnet og en ledsager til og fra planlagte behandlinger i Danmark.

Forsikringen giver ret til transport til og fra behandlingssted indtil 50 km fra barnets bopæl eller til nærmeste behandlingssted. Sidende transport er også, når barnet er kørestolsbruger.

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

3.2.3 Forsikringen dækker ikke

3.2.3.1

Forudbestående sygdom.

3.2.3.2

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

3.2.3.3

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

3.2.3.4

Udgifter til liggende transport.

3.2.3.5

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

3.2.4 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
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 %
Sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme), eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse Gennemført operation for sækformet udvidelse af hjernens pulsårer eller karmisdannelse. Forsikringen dækker også, hvis det ikke er teknisk muligt at operere.	25 %
Godartet hjernesvulst (hjernetumor), diagnosekode D32 og D33 Godartet hjernesvulst som kræver operation.	35 %
Aorta aneurisme (udposning af hovedpulsåren), diagnosekode I71.8 Gennemført operation for udposning på hovedpulsåren.	25 %
Operationskrævende hjertesygdom Gennemført åben hjerteoperation. Hjerteoperation uden åbning af brystkassen er ikke dækket.	10 %
Multipel sklerose (MS), diagnosekode G35 Diagnose skal være stillet af speciallæge i neurologi.	30 %
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 %
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 %
Leddegigt (reumatoid arthritis, leddegigt), diagnosekode M05 Kronisk inflammatorisk ledsygdom som medfører ødelæggelse af led. Diagnosen skal være stillet af speciallæge i reumatologi.	15 %
Kronisk betændelse i tarmen (Colitis Ulcerosa/ulcerøs colit), diagnosekode K51.01 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	15 %
Morbus Chron (Chrons sygdom), diagnosekode K50 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	20 %
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 %
Skizofreni, diagnosekode F20 Diagnosen skal være stillet af speciallæge i psykiatri.	45 %

3.3 Erstatning og krav til dokumentation

Sygdom er omfattet af forsikringen, hvis tilvalgsdækningen Kritisk sygdom og/eller Sygdom er valgt, og hvis sygdommen fremgår af oversigten over de sygdomme.

3.3.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse af sygdom

Du kan anmelde ved at ringe til os eller via www.fdm.dk/forsikring.

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

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.

Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at lægeundersøgelse skal ske i Danmark, når det skal vurderes om forsikringen dækker. Vi betaler for den læge-lige undersøgelse, men ikke for transport eller udgifter til ophold.

3.3.2 Genoptagelse af erstatning for sygdom

Sagen kan ikke genoptages, når vi har udbetalt erstatning for Kritisk sygdom og/eller Sygdom.

3.3.3 Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit 3.1 og 3.2.

Dækning	Erstatning	Opførelse og beregning af erstatning
3.3.3.1 Kritisk sygdom Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	103.174 kr. (2017 indeks). Udbetalingen sker som et engangsbeløb, og udbetales så snart den kritiske sygdom er diagnosticeret.	
3.3.3.2 Sygdom Tilvalgsdækning. Omfattet når det fremgår af forsikringsaftalen (policen).	Forsikringssummen udgør 619.046 kr. (2017 indeks). 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 tabel i punkt 3.2.4: 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 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, se punkt 3.2.4. Hvis barnet bliver indlagt igen på grund af samme sygdomstilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold. Rengøring og transport foretages af leverandør i vores landsdækkende og kvalitetssikrede netværk af leverandører.

4. Sundhed

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.1 Forsikringen dækker

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

Læs om erstatning i afsnit 4.5.

Krav til dækning

- Behov for behandling afgøres af barnets egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal altid have en lægehenvielse fra barnets 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 vores kvalitets-sikrede netværk, og når det er aftalt med os.
- Behandleren, der indgår i vores kvalitets-sikrede 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:

4.1.1 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.

4.1.2 Second opinion

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

- barnet har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade.
- barnet 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 barnet 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 barnet kan modtage denne behandling. Det er et krav, at denne anden og bedre behandlingsmetode er omfattet af forsikringen.

4.1.3 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.

4.1.4 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.

4.1.5 Efterkontrol

Forsikringen dækker ambulante efterkontrol, når selve behandlingen er foretaget på privathospital/privatklinik.

4.1.6 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.

4.1.7 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.

4.1.8 Sygetransport, liggende

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

4.1.9 Fysiske behandlinger

Forsikringen dækker behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, hvis barnet har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling.

Har barnet brug for fysioterapi eller kiropraktik på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er behandlingen dækket som beskrevet i afsnit 2.3, Behandlingsudgifter.

Fysioterapi

Det er et krav, at barnet har en lægehenvielse til fysioterapeut.

Kiropraktik

Barnet skal ikke bruge en lægehenvielse til kiropraktor.

4.1.10 Psykologhjælp

Forsikringen dækker behandling hos psykolog. Skyldes behandlingsbehovet et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er psykologhjælpen dækket som beskrevet i afsnit 2.3, Behandlingsudgifter.

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

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

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

4.1.11 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation til barnet i forbindelse med sygdom eller skade.

4.1.12 Misbrug

Forsikringen dækker afvænnning - ambulante eller under indlæggelse - i forbindelse med at barnet 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 forsikringsperioden. Dette gælder uanset reglerne om overførsel af forsikring og anciennitet, se afsnit 1.5.

4.1.13 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.

4.1.14 Allergiudredning

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

4.2 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 fysiske skader, som har en konkret sammenhæng med barnets 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 4.1.5.
- organtransplantation.
- dialysebehandling.
- synskorrekationer og behandling af skelen.
- kosmetiske og forebyggende behandlinger, se dog punkt 4.1.3.
- undersøgelser og behandling af alle former for spiseforstyrrelser. Gælder dog ikke for psykologhjælp, punkt 4.1.10.
- alle former for behandling i forbindelse med seksualitet og følger heraf.
- alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og paradentosebehandling, medmindre behandlingen er omfattet af punkt 4.1.4.
- 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.

4.3 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/gæner 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 4.1.1.

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

4.4 Behandlingssted

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

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

Betalingsgaranti

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

4.5 Erstatning og krav til dokumentation

4.5.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse på Sundhed

Du kan anmelde ved at ringe til os eller via www.fdm.dk/forsikring.

Du skal altid have en lægehenvielse fra barnets egen læge, 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 har pligt til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om, for at kunne behandle sagen.

Når du opholder dig i udlandet

Ved skader eller sygdomme opstået på rejser eller ved ophold i udlandet, dækkes behandlingen først ved hjemkomst til barnets faste bopæl i Danmark.

4.5.2 Sundhedsforsikring i andet selskab

Har du købt en forsikring mod samme risiko i et andet forsikrings-selskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde sygdom eller tilskadekomst i begge selskaber.

Hvis det andet forsikringsselskab undtager eller indskrænker erstatningspligten, hvis du er dobbeltforsikret, gælder de samme undtagelser og indskrænkninger også for denne forsikring. Det vil betyde, at vi og det andet forsikringsselskab skal betale forholds-mæssig erstatning.

4.5.3 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.

4.5.4 Sådan beregner vi og udbetaler erstatningen

Vi betaler for udgifter, når forsikringen dækker som beskrevet i afsnit 4.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
4.5.4.1 Sundhed generelt	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 barnet opbruger den årlige forsikringssum, dækker vi ikke yderligere for barnet i forsikrings-året.	Betaling af udgifterne kan ske, når der er tale om en dækningsberettiget skade eller sygdom, se afsnit 4, og det er aftalt med os forinden.
4.5.4.2 Kroniske sygdomme	Udgifter til medicin og anden relevant behandling i op til 3 måneder fra diagnosen er stillet.	
4.5.4.3 Second opinion	Udgifter til én yderligere medicinsk vurdering.	
4.5.4.4 Tandbehandling pga. sygdom	Op til 15.000 kr. pr. sygdom (indeksreguleres ikke).	
4.5.4.5 Genoptræning	Op til 6 måneder pr. sygdom/skade.	

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
4.5.4.6 Hjælpemidler	Op til 6 måneder.	
4.5.4.7 Fysiske behandlinger	Op til 12 behandlinger i alt hos fysioterapeut/ kiropraktor pr. sygdom eller fysisk gene pr. forsikringsår.	Har barnet 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.
4.5.4.8 Psykologhjælp	Op til 12 konsultationer hos psykolog pr. sygdom eller skade pr. forsikringsår.	Har barnet 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.
4.5.4.9 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 sammen- hængende måneder regnet fra første behandling.
4.5.4.10 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 forsik- ringen træder i kraft. Dette gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i punkt 1.5.
4.5.4.11 Smerteudredning	Op til 15.000 kr. pr. sygdom eller skade (indeksreguleres ikke).	
4.5.4.12 Allergiudredning	Op til 5.000 kr. pr. udredning (indeksreguleres ikke).	

5. Generelle bestemmelser

Forsikringens varighed

Forsikringen gælder for et år ad gangen, med mindre andet fremgår af forsikringsaftalen (policen).

Den forlænges automatisk for yderligere et år, medmindre den opsiges inden.

Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. På din forsikringsaftale (police) kan du se, hvad du har valgt.

Ud over prisen på din forsikring opkræver vi afgifter til det offentlige, fx skadeforsikringsafgift.

Du kan betale forsikringen via Betalingservice eller indbetalingskort. Du betaler et opkrævningsgebyr, der dækker vores udgifter ved opkrævning og indbetaling. Vi sender opkrævningen til den betalingsadresse, vi har fået oplyst. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked.

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

Hvis vi sender en rykker, har vi ret til at opkræve ekspeditionsgebyr, morarenter og evt. andre omkostninger, der svarer til vores udgifter til fx udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser.

Gebyrer

Vi er berettiget til at beregne 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.
- Markedsmæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundefærd.

Ændringer af eksisterende gebyrer sker via offentliggørelse på vores hjemmeside med én måneds varsel til den første i en måned. Væsentlige ændringer af eksisterende gebyrer vil dog blive varslet individuelt med én måneds varsel til den første i en måned.

Indførelse af nye gebyrer vil blive varslet individuelt med én måneds varsel til den første i en måned.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Du kan altid se de gældende gebyrer på www.fdm.dk/forsikring eller få dem oplyst ved henvendelse til os.

Sådan behandler vi dine personoplysninger

På www.fdm.dk/produkter/forsikring/persondatapolitik 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.

Har du tegnet en forsikring, der dækker fx dit barn (som forsikrede), har du givet samtykke til, at vi ligeledes må behandle de afgivne oplysninger om dit barn. Du har ligeledes givet samtykke til, at dit barn får mulighed for selv at give meddelelse til os om ændring af beskæftigelse ved det fyldte 18. år og fremtidigt. Efter barnets fyldte 18. år vil vi skrive til jer begge to, idet dit barn på det tidspunkt kan vælge at få sin egen forsikring.

Generelle undtagelser

Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand og anden rådgivning.

Uanset barnets sindstilstand eller tilregnelighed på ulykkestidspunktet, dækker forsikringen ikke følger af ulykkestilfælde, barnet direkte eller indirekte har fremkaldt ved

- Forsæt eller grov uagtsomhed.
- Selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller påvirkning af andre rusmidler.
- Selvforskyldt legemsbeskadigelse.
- deltagelse i slagsmål.
- deltagelse i strafbare handlinger.
- selvmordsforsøg.

Forsikringen dækker desuden ikke følger af

- Udløsning af atomenergi.
- 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 udenfor Danmark, hvori barnet opholder sig i indtil 1 måned fra konfliktens udbrud. Det forudsættes dog, at forsikrede ikke deltager i handlingerne.

Indeksregulering

Prisen på forsikringen og forsikringssummen indeksreguleres og fremgår af forsikringsaftalen (policen).

Dækningerne på Ulykke: Begravelseshjælp, Hospitalskompensation og dækningerne på Sundhed: Misbrug, Tandbehandling, Smerte- og Allergjudredning indeksreguleres ikke.

Indeksregulering følger "lønindeks for den private sektor", der 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. Prisen på forsikringen indeksreguleres en gang om året på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret. Indekset for første kvartal året før danner grundlag for reguleringen.

Ændring af betingelser og priser

Vi varsler væsentlige ændringer af betingelserne og/eller prisen senest 30 dage før forsikringsperioden udløber.

Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne, og forsikringen fortsætter med de ændrede betingelser og/eller pris.

Indeksregulering betragtes ikke som en ændring af prisen for forsikringen.

Mulighed for at opsige

Både du og vi kan opsige forsikringen skriftligt senest 1 måned før forsikringsperioden udløber.

Du kan vælge at opsige forsikringen med 30 dages varsel til udløbet af en kalendermåned. Dette kan du gøre uden gebyr frem til den 20. december 2023.

Både du og vi har med 14 dages varsel efter enhver anmeldt skade ret til at opsige forsikringen, 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 begrænsning i forsikringssummen, forhøjelse af prisen på forsikringen eller begrænsning i dækningen.

Du skal have skriftlig besked om de skærpede vilkår på din forsikring. Varslingen skal 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 pr. den dato, hvor de skærpede vilkår vil gælde fra.

Uenighed om hændelsens egnethed eller méngradens størrelse

Spørgsmålet, om en hændelse er egnet til at forårsage personskade (egnethed), kan forelægges Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring, hvis du ikke er enig i vores vurdering.

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

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

Ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikring den af os fastsatte méngrad til fordel for dig, betales omkostningerne altid af os.

Mulighed for at klage

Er du ikke enig i en afgørelsen truffet af Tryg, så kontakt den afdeling, der har behandlet din sag. Hvis du stadig ikke er enig, kan du kontakte Kvalitet, som er Trygs klageansvarlige afdeling:

Tryg
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
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
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 ankenævnet.

6. Fortrydelsesret

Gælder kun for private forbrugerforsikringer

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

- Du har mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring.
- Du har ikke mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring (fjernsalg).

Du kan eventuelt læse mere om fortrydelsesretten i Lov om forsikringsaftale § 34e og 34i.

Fortrydelsesfrist

Fortrydelsesfristen er altid 14 dage, og fristens begyndelse afhænger af, hvordan aftalen er indgået, punkt 1-2.

1. Har du mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen, starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
 - b Eller fra den dag, du har fået tydelig skriftlig besked om fortrydelsesretten.
2. Ved fjernsalg starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen.
 - b Når du har fået de oplysninger, vi har pligt til at give dig enten på papir eller pr. e-mail.

Fristen på 14 dage beregnes således:

Hvis du fx køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

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

Hvordan fortryder du?

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

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

FDM Forsikring
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

E-mail: ks@fdmforsikring.net

Hvis du fortryder

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

Har du købt forsikringen ved fjernsalg, kan du ophæve købet, hvis du ikke har fået de øvrige relevante oplysninger fra os. Købet bliver ophævet fra det tidspunkt, hvor du sender besked til os om ophævelsen. Du skal dog være opmærksom på, at du skal betale for din forsikring, indtil du ophæver købet, bortset fra de første 14 dage, som er den almindelige fortrydelsesfrist. Vi beregner prisen i forhold til den tid, du har været forsikret, og ud fra den aftale vi oprindeligt havde indgået om køb af forsikringen.