

Person forsikring



Personforsikring Ulykke, Tand, Sygdom og Sundhed

Forsikringsbetingelser nr. 18M0

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 Personforsikring består af din forsikringsaftale (policy) og dine forsikringsbetingelser

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger og forsikringssummer, du som forsikringstager har valgt for forsikringen.
- Når vi skriver du i forsikringsbetingelserne, mener vi den forsikrede person.
- I forsikringsbetingelserne afsnit 2 til 5 kan du læse, hvad forsikringen dækker, hvordan erstatningen beregnes, og hvilke krav vi stiller til dokumentation.
- 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 1.1.
- Vi benytter behandlere og leverandører fra vores netværk, og det fremgår af forsikringsbetingelserne, hvornår vi henviser til dem.

Hvis du får brug for din forsikring

Du kan anmelde din skade til os døgnet rundt på www.fdm.dk/forsikring.

Du skal anmelde til os hurtigst muligt efter, at du får behov for at bruge din forsikring. Også selv om skaden ser ud til at være af beskedent omfang.

Sådan får du adgang til Tryg Lægehotline

Du har gratis adgang til lægehotlinen, hvis du har købt tilvalgsdækningen Sundhed.

Du kan enten hente vores app 'Tryg Lægehotline' til din mobil eller tablet, eller få adgang fra din pc via vores hjemmeside www.fdm.dk/forsikring.

Du logger ind med dit NemID. Du skal desuden oplyse dit cpr.nr. til lægen.

Sådan får du adgang til Tryg Vejviser

Du har gratis adgang til Tryg Vejviser, hvis du har købt Sundhed som tilvalg til Personforsikring Senior.

Du ringer på 70 25 94 49. Du oplyser dit fulde navn og cpr.nr., samt policenummer på din Personforsikring.

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side			
1. Generelt om personforsikringen	3	2.8	Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde	8	5. Sundhed	18		
1.1	Hvad skal du selv sørge for	3	2.9	Ulykkesforsikringen dækker ikke	8	5.1	Forsikringen dækker	18
1.2	Hvem er omfattet	3	2.10	Erstatning og krav til dokumentation	9	5.2	Forsikringens omfang	18
1.3	Hvor gælder forsikringen	3				5.3	Tryg Læge Hotline	19
1.4	Hvornår gælder forsikringen	3	3. Tand	12	5.4	Tryg Vejviser	19	
1.5	Overførsel af forsikring og anciennitet	4	3.1	Tandskade ved ulykkestilfælde	12	5.5	Forsikringen dækker ikke	20
2. Ulykke	5	3.2	Tyggeskade	12	5.6	Erstatning og krav til dokumentation	20	
2.1	Forsikringen dækker	5	3.3	Tandbehandling	12	6. Generelle bestemmelser	22	
2.2	Variert mén	5	3.4	Erstatning og krav til dokumentation	13	7. Fortrydelsesret	24	
2.3	Transportudgifter	6	4. Sygdom	14				
2.4	Behandlingsudgifter	6	4.1	Kritisk sygdom	14			
2.5	Dødsfald	6	4.2	Sygdom	14			
2.6	Strakserstatning	6	4.3	Udvidet hjælp ved sygdom	16			
2.7	Forhøjet erstatning	6	4.4	Erstatning og krav til dokumentation	16			

1. Generelt om personforsikringen

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

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

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

Særlige krav, når du har valgt fritidsulykke

Du skal straks give os besked

- hvis din arbejdstid ændres til mindre end 25 timer om ugen.
- hvis du ikke har arbejdet de seneste 12 måneder.
- hvis du er selvstændig erhvervsdrivende og ikke har arbejds-skadeforsikring.

Forsikringen vil blive ændret til heltidsulykkesforsikring 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.

Andre ændringer vi skal have besked om

- Forkerte oplysninger i forsikringsaftalen.
- Hvis du flytter.
- Ændringer i betalingsadressen.

1.2 Hvem er omfattet

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

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

1.3 Hvor gælder forsikringen

Ulykke, Tand 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 eller Grønland.

Fast bopæl er din folkeregisteradresse. Du skal være opmærksom på, at du selv skal betale for rejse og ophold i forbindelse med undersøgelser/behandlinger i Danmark, hvis din faste bopæl er i Grønland.

Undersøgelser og behandling som beskrevet i afsnit 3.3, Tandbehandling og afsnit 5, Sundhed, skal ske i Danmark. Ved fast bopæl i Grønland skal det aftales med os, hvis undersøgelser og behandling skal ske i Grønland.

1.4 Hvornår gælder forsikringen

1.4.1 Forsikringens ikrafttrædelse

Forsikringen træder i kraft på den dato, som fremgår af forsikringsaftalen.

1.4.2 Karenstid

• Tilskadekomst

Hvis du kommer til skade, fx brækker benet, er du dækket med det samme, dvs. fra den dag, forsikringen træder i kraft.

Det samme gælder, hvis du skader dine tænder som følge af et ulykkestilfælde eller ved tyggeskade.

• Tandbehandling

Du kan tidligst få dækket udgifter til tandbehandling 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft. Se afsnit 3.3, Tandbehandling.

• Sygdom og Sundhed

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres indenfor de første 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft (karenstid).

Du kan derfor tidligst opnå erstatning fra Sygdom, afsnit 4 og få dækket udgifter til undersøgelser/behandling fra Sundhed, afsnit 5, 2 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft.

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

1.4.3 Forsikringens varighed

Forsikringen har ikke noget aldersudløb, men gælder indtil du eller vi opsiger forsikringen, se de generelle bestemmelser, afsnit 6.

Prisen reguleres efter dækningsomfang, og løbende i takt med din alder. Følgende dækninger kan kun være omfattet af forsikringen i en begrænset periode:

- **Personforsikring Ung (18-25 år)**

Personforsikring Ung gælder indtil du er fyldt 25 år, og fortsætter automatisk som Personforsikring Voksen fra første betalingsdag efter din 25 års fødselsdag.

Tilvalgsdækningen Kritisk sygdom er omfattet af forsikringen indtil første betalingsdag efter din 25 års fødselsdag. Psykologhjælp under tilvalgsdækningen Sundhed ophører, når du fylder 25 år. Forsikringens øvrige dækninger fortsætter på uændrede betingelser.

- **Personforsikring Voksen (25-70 år)**

Personforsikring Voksen gælder fra 25 år, og fortsætter automatisk som Personforsikring Senior fra første betalingsdag efter din 70 års fødselsdag.

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

- **Personforsikring Senior (70+ år)**

Personforsikring Senior gælder fra 70 år.

1.5 Overførsel af forsikring og anciennitet

Overtagelse af anciennitet fra sygdoms- og sundhedsforsikring

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra en eventuel tidligere tilsvarende forsikring, som er nævnt i afsnit 3, Sygdom og afsnit 5, Sundhed.

Der kan ikke ske overførsel af anciennitet fra en

- Diagnoseforsikring (eller anden lignende forsikring som fx Tryk Diagnoseforsikring) til en Sundhedsforsikring.
- Kollektiv sygdomsforsikring.
- Ulykkesforsikring.

Overtagelse af anciennitet kræver et ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den er opsagt hos det tidligere forsikringselskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en 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 disse betingelser.

Igangværende behandling hos tidligere forsikringselskab, er ikke dækket under denne forsikring.

Hvad er dækket

Her kan du læse, hvad Personforsikringen dækker. Det fremgår af din forsikringsaftale, hvilke dækninger og forsikringssummer, du har valgt.

2. Ulykke

2.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker skader som følge af ulykkestilfælde, og gælder enten som heltidsulykkesforsikring eller fritidsulykkesforsikring.

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.

Hvornår dækker forsikringen

Heltidsulykke

Forsikringen dækker hele døgnet.

2.2 Varigt mén

Forsikringen dækker, hvis du får et varigt mén som følge af et ulykkestilfælde på mindst 5 % eller 8 % méngrad. Hvis det varige mén består både af et fysisk og et psykisk varigt mén, giver forsikringen ret til erstatning for den samlede méngrad.

• Knæskade

Knæskade som følge af et ulykkestilfælde er først dækket fra 8 %, men du har mulighed for at vælge dækning for knæskade fra 5 %.

2.2.1 Fysisk varigt mén

Dækningen for Varigt mén dækker også,

2.2.1.1

når du kommer ud for et ulykkestilfælde som fører af motorcykel, knallert 45, scooter og lignende.

2.2.1.2

når ulykkestilfældet er sket under udøvelse af alle typer sport, også sportsgrene, der almindeligvis betragtes som farlig sport.

2.2.1.3

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

2.2.1.4

Ulykkestilfælde som følge af stik, fx fra insekt eller nål/kanyle, drukning, redning eller forsøg på redning af menneskeliv.

2.2.1.5

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

Fritidsulykke

Forsikringen dækker i fritiden.

Fritidsulykke dækker ikke følger af ulykkestilfælde

- sket under arbejde for andre, dvs. arbejde omfattet af Lov om Arbejdsskadeforsikring, Lov om Værnepligtige eller anden tilsvarende lov.
- sket ved deltidsarbejde med en arbejdstid på under 25 timer om ugen.
- når du er pensionist, efterlønsmodtager eller lignende.
- når du har været arbejdsledig i mere end 12 måneder.

2.1.1 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke skader på dine tænder, medmindre du har købt tilvalgsdækningen Tandskade ved ulykkestilfælde, se afsnit 3.1.

Varigt mén er de fysiske og psykiske gener efter et ulykkestilfælde, der ikke forsvinder ved behandling, og som du må leve med resten af livet.

2.2.2 Psykisk varigt mén

Forsikringen dækker, hvis du får et psykisk varigt mén som følge af et ulykkestilfælde.

Forsikringen dækker, hvis

2.2.2.1

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

2.2.2.2

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

2.2.2.3

du har overværet, at 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.

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

Læs om undtagelser i afsnit 2.9 og om erstatning i punkt 2.10.5.1.

2.3 Transportudgifter

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

Forsikringen dækker ikke andre transportudgifter.

Læs om erstatning i punkt 2.10.6.1.

2.4 Behandlingsudgifter

Forsikringen dækker

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

- fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, akupunktør, osteopat og kraniosakral-terapeut. Forsikringen dækker indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen.
- psykolog. Forsikringen dækker indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 20 behandlinger.

Læs om erstatning i punkt 2.10.6.2.

Hvis du opholder dig i udlandet

Hvis du opholder dig i udlandet, kan vi kan kræve, at behandlingen skal finde sted i Danmark.

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 om undtagelser i afsnit 2.9.

2.5 Dødsfald

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

Læs også om undtagelser i afsnit 2.9 og om erstatning i punkt 2.10.6.3.

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

2.6 Strakserstatning

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

2.6.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du som følge af et ulykkestilfælde får

- knoglebrud.
- helt eller delvist overrevet korsbånd.
- totalt overrevet akillessene.

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

2.6.2 Krav til dokumentation

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

Forsikringen udbetaler et engangsbeløb pr. ulykkestilfælde, når vi har modtaget og vurderet dokumentation for skaden.

Læs om erstatning i punkt 2.10.7.1.

2.6.3 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke isolerede ledbåndsskader, herunder knogleafrivninger, brud på fingre, tæer eller andre knogler eller skeletdele end dem, der er nævnt i punkt 2.6.1, fx kraniebrud eller brud på ribben.

Læs også om erstatning i afsnit 2.9.

2.7 Forhøjet erstatning

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen giver ret til en højere erstatning for varigt mén efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde i følgende tilfælde:

2.7.1 Dobbelt erstatning ved 30 % mén

Forsikringen udbetaler dobbelt erstatning, når dit varige mén er på 30 % eller derover.

2.7.2 Amputation

Forsikringen dækker

Forsikringen dækker ved fuldstændig eller delvis tab/amputation af en legemsdel, og giver ret til en højere erstatning for varigt mén

efter et dækningsberettiget ulykkestilfælde. Erstatningen forhøjes og méngraden opgøres alene for de skader, der er nævnt i vores méntabel herunder.

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

Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke nedsat bevægelighed, smertetilstande eller lignende.

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 høreelsen på begge ører	90 %
	Totalt tab af høreelsen 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 %

Læs om undtagelser i afsnit 2.9 og om erstatning i punkt 2.10.5.

2.7.3 Tab af syn eller høreelse

- **Tab af syn på rask 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 høreelse på rask øre**

Forsikringen dækker, når du forud for køb af dækningen er enten døv på det ene øre, eller har så stærkt nedsat høreelse på det ene øre, at det i praksis betyder, at du er døv på det ene øre og har normal høreelse 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.

- Du får ikke samtidig fordoblet erstatningen, selv om det varige mén er 30 % eller derover.

2.8 Udvidet hjælp ved ulykkestilfælde

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

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

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

Læs om undtagelser i afsnit 2.9 og om erstatning i punkt 2.10.7.2.

2.8.1 Hospitalskompensation

Forsikringen dækker, hvis du kommer til skade og bliver indlagt på et hospital i Danmark i mindst 5 sammenhængende dage.

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

2.8.2 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker 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.

Du skal kunne dokumentere, at du er ordineret ro eller hvile.

Rengøringen skal foretages af vores leverandør, der er med i vores 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 badeværelse, køkken, stue, soveværelser og værelser i private hjem.

2.9 Ulykkesforsikringen dækker ikke

Udover de nævnte undtagelser i afsnit 2.1 til 2.8 dækker forsikringen ikke, når skaden skyldes:

2.9.1

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

2.9.2

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

2.9.3

Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.

2.9.4

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

2.9.5

Skader på kroppen som følge af nedslidning.

2.9.6

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

2.8.3 Pleje i hjemmet

Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, at du kan få pleje i eget hjem fra sygeplejerske eller hjemmehjælp direkte efter operation eller indlæggelse, når det er ordineret af relevant speciallæge.

Pleje i hjemmet foretages af vores leverandør, der er med i vores netværk.

Du bliver kontaktet af leverandøren, så snart vi har godkendt, at du kan modtage hjælp fra sygeplejerske eller hjemmehjælp. Vores leverandør vurderer løbende i samarbejde med os, hvilket behov for pleje i hjemmet, der konkret er brug for.

Forsikringen dækker ikke

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

2.8.4 Ekstra transportudgifter

Forsikringen dækker

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

Forsikringen giver ret til op til 6 siddende/liggende transporter til og fra behandlingssted indtil 50 km fra din faste 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 med i vores netværk.

Forsikringen dækker ikke

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

2.9.7

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

2.9.8

Skader sket i forbindelse med fødsler.

2.9.9

Skader, der skyldes smitte med sygdomme, vira (virus), bakterier, andre mikroorganismer eller lignende, og som ikke er omfattet af punkt 2.2.1.5

2.9.10

Forgiftninger fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

2.9.11

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

2.9.12

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

2.9.13

Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

2.9.14

Forudbestående psykiske sygdomme, selv om sygdommen forværres i forbindelse med et ulykkestilfælde.

2.9.15

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.

2.9.16

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

2.9.17

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

2.10 Erstatning og krav til dokumentation

2.10.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse af ulykkestilfælde

Du kan anmelde skaden til os døgnet rundt på www.fdm.dk/forsikring.

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

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

Yderligere oplysninger

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

Vi betaler for udgifter til attester, 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.

2.10.2 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.

2.10.3 Udbetaling af erstatning

Erstatning udbetales til den forsikrede.

I forbindelse med betaling af behandlinger, fx til fysioterapi, betaler vi de udgifter, som vi vurderer er rimelige og nødvendige i det konkrete tilfælde.

Dødsfald

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

2.10.4 Genoptagelse

Når en sag er afsluttet, kan den senere genoptages, hvis du som forsikrede beder om dette. 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.

2.10.5 Erstatning for varigt mén

Forsikringen udbetaler erstatning for fysisk og/eller psykisk varigt mén som beskrevet i afsnit 2.1 og 2.2 om varigt mén.

Méngrad

Méngraden skal være mindst 5 % eller 8 %. Det fremgår af din forsikringsaftale, hvilken méngrad, du har valgt. En eventuel erstatning udbetales, når vi har fået de oplysninger, der er nødvendige for at kunne vurdere, om du har et varigt mén på mindst 5 % eller 8 %.

Forsikringssum

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

Fastsættelse af méngrad

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

Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel. Det er altid den vejledende méntabel, som gælder på tidspunktet for afgørelsen, der bruges til at fastsætte erstatningen. Méngraden kan højst være 100 % pr. ulykkestilfælde, medmindre du har købt tilvalgsdækningen Forhøjet erstatning.

Hvis skaden ikke er anført i Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel, fastsættes méngraden efter skadens medicinske art og omfang. Der tages ikke hensyn til din arbejds- eller sociale situation ved fastsættelsen af dit varige mén.

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

Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
2.10.5.1 Fysisk og psykisk varigt mén	<p>Erstatning for varigt mén udbetales som en procentdel af forsikringssummen svarende til den fastsatte méngrad.</p> <p>Udbetalingen sker som et engangsbeløb.</p>	<p>Méngraden fastsættes, når de blivende følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Ménets omfang afgør erstatningens størrelse.</p> <p>Forsikringen dækker ikke gener svarende til et i forvejen bestående mén eller en lidelse, herunder degenerativ (nedslidning/nedbrydning) 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.</p> <p>Har forsikrede fået erstatning for en tidligere skade, betaler vi i forbindelse med et nyt ulykkestilfælde ikke erstatning for de samme følger igen, uanset at disse ikke længere er til stede.</p> <p>Knæskade som følge af ulykkestilfælde Knæskade som følge af ulykkestilfælde dækkes ved mindst 8 %, medmindre der er valgt dækning på mindst 5 %.</p>
2.10.5.2 Forhøjet erstatning Tilvalgsdækning. Omfattet, når det fremgår af forsikringsaftalen	<p>Dobbelterstatning Erstatning for varigt mén fordobles, når méngraden er 30 % eller derover.</p> <p>Amputation Forhøjelse af erstatning for varigt mén efter procentsatsen for den relevante legemsdel nævnt i tabellen, punkt 2.7.2.</p> <p>Der udbetales dobbelterstatning, når méngraden vedrørende denne dækning er 30 % eller derover.</p> <p>Tab af syn Forhøjelse af erstatning for varigt mén ved 100 % tab af syn.</p> <p>Tab af hørelse Forhøjelse af erstatning for varigt mén ved 75 % tab af hørelse.</p>	<p>Erstatning for forhøjet varigt mén opgøres alene efter procentsatsen nævnt i punkt 2.7.2 Der kan ikke samtidig opnås erstatning efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel.</p> <p>Er der flere skader ved samme ulykkestilfælde kan méngraden for disse skader efter Arbejdsmarkedets Erhvervsforsikrings vejledende méntabel og amputationsdækningen ikke lægges sammen, så det varige mén bliver 30 % eller derover.</p> <p>Ved mindre syns- eller hørenedsættelse reguleres erstatningen tilsvarende.</p> <p>Der udbetales ikke dobbelterstatning for tab af syn eller hørelse.</p> <p>Hvis der opnås erstatning for tab af syn eller hørelse, kan der ikke samtidig opnås erstatning for tab af syn og hørelse under Amputation.</p> <p>Ved tab af syn eller hørelse kan den samlede erstatning maks. udgøre 100 %.</p>

2.10.6 Erstatning for grunddækningens øvrige dækninger

Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen som beskrevet i afsnit 2.3 til 2.5.

Dækning	Erstatning	Opførelse og beregning af erstatning
2.10.6.1 Transportudgifter	Rimelige og nødvendige udgifter.	Transport gælder fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted.
2.10.6.2 Behandlingsudgifter	Fysisk varigt mén Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut eller akupunktør, osteopat og kraniosakral-terapeut indtil méngraden er fastsat, dog maksimalt 12 måneder fra skadedatoen. 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 netværk af behandlere.
2.10.6.3 Dødsfald	Det fremgår af din forsikringsaftale, hvilken forsikringssum, du har valgt.	Hvis der i forbindelse med samme ulykkestilfælde, som medfører dødsfaldet, tidligere er udbetalt erstatning for varigt mén, fratrækkes denne erstatning, før der udbetales for dødsfaldet.

2.10.7 Erstatning for øvrige tilvalgsdækninger efter ulykkestilfælde

Tilvalgsdækningerne herunder, er omfattet, når de fremgår af din forsikringsaftale. Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit 2.6 og 2.8.

Dækning	Erstatning	Opførelse og beregning af erstatning
2.10.7.1 Strakserstatning	12.000 kr. (indeksreguleres ikke) pr. ulykkestilfælde.	Udbetales så snart skaden er diagnosticeret af relevant speciallæge, og vi har modtaget og vurderet dokumentation for skaden. Erstatningen vil ikke senere blive fratrukket en eventuel udbetaling for varigt mén.
2.10.7.2 Udvidet hjælp	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 pr. ulykkestilfælde. Pleje i hjemmet Op til 20 timer i alt pr. ulykkestilfælde. Ekstra transportudgifter Op til 6 gange pr. ulykkestilfælde til siddende/liggende transport til og fra nærmeste sygehus eller behandlingssted 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, pleje i hjemmet og transport foretages af en leverandør i vores netværk.

3. Tand

3.1 Tandskade ved ulykkestilfælde

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

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.

Behandlingen skal godkendes af os, inden den sættes i gang. Akut nødbehandling kan dog sættes i gang uden at blive godkendt af os.

Læs om erstatning i punkt 3.4.4.1.

Når du opholder dig i udlandet

Vi kan stille krav om, at tandbehandling skal ske i Danmark. Det samme gælder, når det skal vurderes om forsikringen dækker. Vi betaler for undersøgelsen hos tandlægen, men ikke for transport eller udgift til ophold.

Forsikringen dækker ikke

- Følger af ulykkestilfælde, når hovedårsagen er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg.
- Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

- Følger af blodpropper, hjerneblødninger og lignende.
- Følger efter tandlæge-, læge- og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.
- Tandbehandling, der kan betales fra anden side, fx den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.
- Følgeudgifter efter skade som fx udgifter til medicin, forbindinger, bandage, bideskinner, tandbøjler, hjælpemidler og lignende.
- Udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandling.

Nedsættelse af erstatning

Erstatningen kan helt 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, parodontose 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 erstatning for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til nødvendig behandling af en sund tand.

3.2 Tyggeskade

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling, når skaden sker ved spisning.

Når du opholder dig i udlandet

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

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

Læs om erstatning i punkt 3.4.4.2.

3.3 Tandbehandling

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

3.3.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til planlagte behandlinger på dine tænder, tandkød og kæbeknogler.

Diagnose og behandling skal udføres af en alment praktiserende tandlæge (cand.odont) eller en privat praktiserende autoriseret tandpleje i Danmark.

Det er et krav, at behandlingen startes inden 2 måneder efter, du blev bekendt med behandlingsbehovet.

Følgende særlige krav gælder inden for følgende behandlingsområder:

Kroner, broer og tandoperationer

Har du modtaget behandling for broer eller kroner på denne forsikring, skal der gå 5 år fra sidste behandling, før du kan få dækket udgiften til genbehandling/omlavning.

Implantater

Forsikringen dækker én implantatbehandling pr. tand i forsikringstiden.

Akut tandbehandling

Forsikringen dækker udgiften til akut tandbehandling i forbindelse med behov for rodbehandling og behandling af betændelsestilstand, der opstår uden for din egen tandlæges åbningstid

Akut tandbehandling er behandling, der er nødvendig at foretage med det samme for at mindske skadens omfang, fx akut smertelindring eller behandling.

Læs om erstatning i punkt 3.4.4.3.

3.3.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke, når behovet for tandbehandling er opstået indenfor de første 2 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.

3.3.3 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke udgifter til

- behandling af tyggeskade.
- behandling af tandskade efter ulykkestilfælde.
- genbehandling af implantater og udgifter forbundet med komplikationer ved implantater (for eksempel brud eller infektion).
- kosmetisk behandling eller følger af kosmetisk behandling, fx tandsmykker, skader fra tandsmykker eller piercinger.

- blegning eller behandling af misfarvning af tænder.
- udskiftning af tandfyldninger, der ikke er defekte.
- plast- og porcelænsfacader.
- tandregulering.
- tandeftersyn og tandrensning.

3.4 Erstatning og krav til dokumentation

3.4.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse

Du kan anmelde skaden til os døgnet rundt på www.fdm.dk/forsikring.

Du skal anmelde hurtigst muligt efter, at behovet for tandbehandling er opstået

Sammen med anmeldelsen, skal du indsende dokumentation for behandlingen, fx kopi af tandlægejournal, røntgenmateriale eller faktura.

Yderligere oplysninger

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

3.4.4 Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Tilvalgsdækningerne herunder, er omfattet, når de fremgår af din forsikringsaftale.

Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit 3.1 til 3.3.

Vi betaler for udgifter til attest, erklæringer og undersøgelser, som vi finder nødvendige for at kunne vurdere sagen.

3.4.2 Genoptagelse

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

3.4.3 Udgifter dækket af anden forsikring

Tandforsikringen dækker ikke dine udgifter til behandling, hvis du er forsikret i andet forsikrings-selskab mod samme risiko eller er dækket af den offentlige sygesikring. Du skal derfor altid give os besked om din udgift også er dækket fra anden side.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
3.4.4.1 Tandskade ved ulykkestilfælde	Rimelige og nødvendige udgifter. Erstatning udbetales i danske kroner.	Nedsættelse af erstatning Erstatningen kan helt 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 nabotænder til den beskadigede tand mangler eller i forvejen er svækkede som nævnt ovenfor, kan erstatning for behandlingen ikke overstige, hvad der svarer til nødvendig behandling af en sund tand.
3.4.4.2 Tyggeskade	Rimelige og nødvendige udgifter, dog maks. 50 % af udgiften. Erstatning udbetales i danske kroner.	
3.4.4.3 Tandbehandling	Forsikringssum 20.000 kr. pr. kalenderår. Egenbetaling 500 kr. af den samlede regning pr. behandlingsforløb. Udbetaling af erstatning Du afregner altid selv direkte med din tandlæge og sender den samlede regning til os efter endt behandlingsforløb. Vi skal modtage dit krav senest 6 måneder efter behandlingen er afsluttet.	Egenbetaling og forsikringssum gælder pr. kalenderår, begyndende fra 1. januar til 31. december hvert år. Det er datoen for første diagnosticering/journalisering, der afgør, hvilket år forsikringssum og egenbetaling opgøres i, også hvis din behandling strækker sig ind i et nyt kalenderår. Egenbetaling er det beløb, du selv skal betale, før forsikringen dækker udgifter til behandling.

4. Sygdom

4.1 Kritisk sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.1.1 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 punkt 4.1.3, når diagnose er stillet inden du fylder 25 år.

4.1.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 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.

4.1.3 Visse kritiske sygdomme omfattet af forsikringen

Forsikringen omfatter de sygdomme, der er 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.

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 Borrelia-infektion 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.

Leddegigt (reumatoid artrit), diagnosekode M08

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

4.2 Sygdom

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

4.2.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, hvis du får diagnosticeret en af de sygdomme, der er nævnt i tabellen i punkt 4.2.4.

4.2.2 Karenstid

Forsikringen dækker ikke sygdom, der viser de første symptomer eller diagnosticeres før eller indenfor de første 2 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.

Kræft

Forsikringen dækker følgende former for kræft:

- Leukæmi
- Brystkræft
- Testikelkræft
- Knoglekræft
- Kræft i øjet
- 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, hvis du har modtaget behandling for de nævnte kræftformer, 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.

4.1.4 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.

4.2.4 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
Alzheimers, diagnosekode F00.0 Forsikringen dækker ved tidlig debut af sygdommen, dvs. før 65 år.	30 %
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 %
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, diagnosekode I60 og I62 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 %
Amyotrofisk lateral sklerose (ALS), diagnosekode G12.2G Diagnosen 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 speciallæge i øjensygdomme.	50 %
13.4.11 Nedsat hørelse Varig nedsættelse af hørelsen på begge ører og med bedste korrektion på 50 % eller mere. Synsnedsættelsen skal være påvist af speciallæge 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 neurologi.	15 %
Kronisk betændelse i tarmen (Colitis Ulcerosa/ulcerøs colit), diagnosekode K51 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	15 %
Morbus Crohn (Chrons sygdom), diagnosekode K50 Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge.	20 %
Transplantation Gennemført transplantation hos modtager af hjerte, lever, lunge, nyre eller knoglemarv efter leukæmi. 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 %

4.3 Udvidet hjælp ved sygdom

Du kan få udvidet hjælp ved sygdom, fra det øjeblik behovet for hjælp opstår, og sygdommen er anmeldt og anerkendt af os, selv om der endnu ikke er udbetalt erstatning for sygdommen, se afsnit 4.1 og 4.2.

Læs om erstatning i punkt 4.4.3.3.

4.3.1 Hospitalskompensation

Forsikringen dækker, hvis du bliver indlagt på et hospital i Danmark i mindst 5 sammenhængende dage som følge af sygdom. Hvis du bliver indlagt igen på grund af samme sygdom, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første indlæggelse.

4.3.2 Rengøringshjælp

Forsikringen dækker hjælp til rengøring i eget hjem i Danmark, 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.

Du skal kunne dokumentere, at du er ordineret ro eller hvile.

Rengøringen skal foretages af vores leverandør, der er med i vores 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 badeværelse, køkken, stue, soveværelser og værelser i private hjem.

4.4 Erstatning og krav til dokumentation

4.4.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse af sygdom

Du kan anmelde døgnen rundt på www.fdm.dk/forsikring.

Sygdommen skal anmeldes hurtigst muligt efter, at sygdommen er diagnosticeret.

Sammen med anmeldelsen, skal du indsende journal fra første lægekontakt fx egen læges eller speciallæges journal.

Yderligere oplysninger

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke yderligere oplysninger, der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen.

4.3.3 Pleje i hjemmet

Forsikringen dækker

Forsikringen dækker, at du kan få pleje i eget hjem fra sygeplejerske eller hjemmehjælp direkte efter operation eller indlæggelse, når det er ordineret af relevant speciallæge.

Pleje i hjemmet foretages af vores leverandør, der er med i vores netværk. Du bliver kontaktet af leverandøren, så snart vi har godkendt, at du kan modtage hjælp fra sygeplejerske eller hjemmehjælp. Vores leverandør vurderer løbende i samarbejde med os, hvilket behov for pleje i hjemmet, der konkret er brug for.

Forsikringen dækker ikke

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

4.3.4 Ekstra transportudgifter

Forsikringen dækker

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

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

Transporten skal aftales med os, og foretages af vores leverandør, der er med i vores netværk.

Forsikringen dækker ikke

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

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. Det samme gælder, når det skal vurderes om forsikringen dækker. Vi betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for transport eller udgift til ophold.

4.4.2 Genoptagelse

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

4.4.3 Sådan beregner og udbetaler vi erstatningen

Tilvalgsdækningerne herunder, er omfattet, når de fremgår af din forsikringsaftale.

Erstatning udbetales, når skaden er dækket af forsikringen, som beskrevet i afsnit 4.1 til 4.3.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
4.4.3.1 Kritisk sygdom	105.000 kr. (2018 indeks). Udbetaling sker som et engangsbeløb.	
4.4.3.2 Sygdom	Erstatning udbetales som en procentdel af den valgte forsikringssum svarende til den fastsatte erstatningsprocent. Der udbetales dobbelterstatning, når erstatningsprocenten er 30 % eller derover. Udbetalingen sker som et engangsbeløb.	
4.4.3.3 Udvidet hjælp ved sygdom	Hospitalskompensation Udbetaler 300 kr. pr. dag, du er indlagt (indeksreguleres ikke), i alt op til 12 måneder. Udbetales kun én gang, selv om der sker et nyt sygdomstilfælde inden for de nævnte 12 måneder. Rengøringshjælp Minimum 2 timer én gang om ugen, i alt op til 20 timer pr. sygdomstilfælde. Pleje i hjemmet Op til 20 timer i alt pr. sygdomstilfælde. Ekstra transportudgifter Op til 6 siddende/liggende transporter til og fra nærmeste behandlingssted 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 sygdomstilfælde, gælder denne indlæggelse som en forlængelse af første ophold. Rengøring, pleje i hjemmet og transport foretages af en leverandør i vores netværk.

5. Sundhed

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

5.1 Forsikringen dækker

Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til lægehenviste undersøgelser, behandlinger, medicin under indlæggelse samt ophold og forplejning på privathospital/privat klinik i Danmark som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang.

Forsikringen dækker både sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

Der gælder følgende krav til dækning:

- Behov for undersøgelse/behandling afgøres af din egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal altid have en lægehenvielse fra egen læge.
- Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.
- Vi godkender kun behandling, der sker efter metoder med dokumenteret effekt, og som almindeligt anvendt i det offentlige sundhedsvæsen.
- Der skal i det konkrete tilfælde være overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller varigt forbedre gener efter skaden.
- Undersøgelser og behandlinger skal udføres af relevante speciallæger.
- Behandling kan foretages af en behandler i vores netværk.

Personforsikring Senior

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til lægehenviste undersøgelser på privathospital/privatklinik i Danmark, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling som beskrevet i afsnit 5.2, Forsikringens omfang.

Forsikringen dækker både undersøgelse af symptomer på sygdom og følger af, at du er kommet til skade, efter at forsikringen er trådt i kraft.

Der gælder følgende krav til dækning:

- Behov for undersøgelse afgøres af din egen læge/relevant speciallæge, eventuelt i samråd med vores lægeteam.
- Du skal have en lægehenvielse fra egen læge.
- Undersøgelser skal være udført af relevante speciallæger.

Læs om erstatning i afsnit 5.6.

5.1.1 Karenstid

Du er dækket med det samme, hvis du kommer til skade.

For sygdomme gælder, at du tidligst kan blive undersøgt/behandlet for symptomer, der optræder efter, at forsikringen har været i kraft i 2 måneder (karenstid).

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

5.2 Forsikringens omfang

5.2.1 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose samt til ophold og forplejning, hvis indlæggelse er nødvendig i forbindelse med undersøgelsen. Forsikringen dækker udredning i indtil 3 måneder.

5.2.2 Behandlinger

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker behandlinger, der er udført af relevante speciallæger, og som efter en lægelig vurdering vil kunne reducere sygdommen væsentligt eller helt kurere sygdommen. Forsikringen dækker behandlinger i indtil 3 måneder.

5.2.3 Kroniske sygdomme

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker behandling af kroniske sygdomme, der diagnosticeres efter, at forsikringen er trådt i kraft. Behandling er dækket i indtil 3 måneder fra 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.

5.2.4 Kosmetiske operationer og behandlinger

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker kosmetisk operation og behandling, der er lægeligt begrundet, herunder 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.

5.2.5 Genoptræning

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker nødvendig genoptræning som et led i den aktuelle behandling, og som foretages direkte efter en indlæggelse eller operation, der er blevet betalt af forsikringen. Genoptræningen dækker primært fysioterapi, ergoterapi, talepædagogik, som foretages af faguddannet personale, anerkendt af offentlige myndigheder.

5.2.6 Efterkontrol

Gælder kun Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker ambulant efterkontrol, når selve behandlingen er betalt af forsikringen.

5.2.7 Medicin og hjælpemidler

Personforsikring Ung og Voksen

Forsikringen dækker udgifter til medicin under indlæggelse, og desuden midlertidige hjælpemidler, der er nødvendige i behandlingen, eller som kan erstatte en operation.

Midlertidige hjælpemidler er hjælpemidler, der er nødvendige i behandlingen, og er fx kørestol, krykker og armslynge som er ordineret af relevant speciallæge.

Personforsikring Senior

Forsikringen dækker udgifter til medicin ordineret af relevant speciallæge i op til 3 sammenhængende måneder fra behandlingens start, når sundhedsforsikringen er brugt til at få stillet en diagnose.

5.2.8 Fysiske behandlinger

Forsikringen dækker behandling, hvis du har en sygdom eller fysisk gene, der kan afhjælpes med behandling. Du kan få behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut eller akupunktør, osteopat eller kraniosakral-terapeut.

Hvis du har brug for fysisk behandling på grund af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er behandlingen dækket som beskrevet i punkt 2.4, Behandlingsudgifter.

- **Fysioterapi**

Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning.

- **Kiropraktik, zoneterapi og akupunktur
osteopati og kraniosakral-terapi**

Du skal ikke bruge en lægehenvi-
sning.

5.2.9 Psykologhjælp

Gælder kun Personforsikring Ung

Forsikringen dækker behandling hos psykolog.

Skyldes behandlingsbehovet et dækningsberettiget ulykkestilfælde, er psykologhjælpen dækket som beskrevet i afsnit 2.4, Behandlingsudgifter.

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

Behandling for spiseforstyrrelse er ikke dækket af forsikringen, men det er muligt, at fortsætte psykologhjælp på grund af en spiseforstyrrelse, der først bliver diagnosticeret efter, at psykologbehandling er påbegyndt.

Behov for **psykologhjælp** kan fx være præstationsangst, alvorlig sygdom, dødsfald i nærmeste familie/omgangskreds, kærestesorger/skilsmisses, mobning, svigt fra venner/familie.

5.3 Tryg Lægehotline

Forsikringen dækker

Tryg Lægehotline er en videokonsultation med en speciallæge i almen medicin uden for egen læges åbningstid, som du frit kan benytte, når du eller en person i din husstand får behov for lægehjælp, der ikke kan vente til dagen efter.

Lægen hos Tryg Lægehotline tager stilling til:

- Symptomer og eventuel behandling.
- Receptudskrivelse.
- Behov for akut henvi-
sning til undersøgelse i offentligt regi.
- Om videre undersøgelse eller behandling skal foregå via egen læge eller skadestue.

Lægen arrangerer ikke transport til en eventuel indlæggelse, medmindre der er tale om akut indlæggelse via 112.

Hvis du ønsker at benytte dig af muligheden for undersøgelse/ behandling på privathospital/privat klinik, skal du kontakte os som beskrevet i afsnit 5.6, Erstatning og krav til dokumentation.

Sådan får du adgang til Tryg Lægehotline

Du kan enten hente vores app 'Tryg Lægehotline' til din mobil eller tablet, eller få adgang fra din pc via vores hjemmeside www.fdm.dk/forsikring.

Du logger ind med dit NemID. Du skal desuden oplyse dit cpr.nr. til lægen.

Forsikringen dækker ikke

Tryg Lægehotline tager stilling til behovet for behandling af de symptomer, du henvender dig om, men forsikringen dækker ikke spørgsmål, der vedrører igangværende behandling eller støtte ved sygdom samt receptfornyelse. Her skal du kontakte din egen læge.

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Undersøgelse eller behandling på privathospital/privatklinik.
- Medicin og hjælpemidler
- Transport

5.4 Tryg Vejviser

(Gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Tryg Vejviser er telefonisk rådgivning, der giver dig mulighed for at få støtte og vejledning af erfarne sundhedsfaglige rådgivere om behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Formålet med vejledningen er at give dig mulighed for at finde ud af, hvordan du bedst og hurtigst får den rette behandling.

Sygeplejersken hos Tryg Vejviser rådgiver om:

- Hvordan sundhedsvæsenet kan kontaktes.
- De forskellige rettigheder, som udrædnings- og behandlingsgarantien giver mulighed for.
- Hvordan du navigerer i det offentlige system, så du hurtigere kommer til den rigtige behandling.

Sådan får du adgang til Tryg Vejviser

Du finder telefonnummeret til Tryg Vejviser på www.fdm.dk/forsikring.

Ved henvendelsen skal du oplyse dit fulde navn, cpr.nr. og police-
nummeret på din personforsikring.

Når du henvender dig til Tryg Vejviser, anbefaler vi, at du har de nødvendige papirer klar om den sygdom eller skade, som du ønsker at få rådgivning om. Det kan fx være journalen med anbefalet behandling, som du har fået udleveret i forbindelse med, at du er blevet undersøgt via din sundhedsforsikring hos os.

5.5 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling

- hos alm. praktiserende læge.
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere, med undtagelse af zoneterapi og akupunktur, osteopati eller kraniosakral-terapi.
- af sygdomme eller fysiske skader, som har en konkret sammenhæng med dit arbejde.
- af lidelser, opstået som følge af kroniske lidelser, uanset om lidelsen er opstået før eller efter, at forsikringen er trådt i kraft.
- af alle former for kræft.

Forsikringen dækker ikke udgifter til

- akut behandling
- alle former for attester
- enhver form for transport
- second opinion
- organtransplantation.
- dialysebehandling.
- synskorrekationer og behandling af skelen.
- undersøgelser og behandlinger af alle former for spiseforstyrrelser. Gælder dog ikke psykologhjælp, punkt 5.3.6.
- psykiatrisk behandling, uanset årsagen til behov for behandling.

- alle former for tandbehandling, uanset årsagen til behovet for behandling.
- alle former for misbrugsbehandling
- smerteudredning
- allergiudredning
- ophold på hospice.

Alle former for behandling i forbindelse med seksualitet og graviditet, samt følger heraf, herunder:

- Behandling af seksuel dysfunktion.
- Behandling af kønssygdomme og aids samt forstadier og følgesygdomme af disse.
- Prævention og sterilisation.
- Provokeret abort, medmindre aborten er lægeligt begrundet.
- Behandling og undersøgele i forbindelse med barnløshed.
- Undersøgelse og kontrol under graviditet.
- Fødsel og efterbehandling.

Derudover dækker forsikringen ikke behandling af sygdom eller skade, der direkte eller indirekte skyldes

- udøvelse af professionel sport.
- epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

5.6 Erstatning og krav til dokumentation

5.6.1 Anmeldelse og dokumentation

Anmeldelse på Sundhed

Du kan anmelde døgnnet rundt på www.fdm.dk/forsikring.

Du skal anmelde hurtigst muligt efter, at behovet for at bruge din sundhedsforsikring opstår. Du skal altid have en lægehenvielse/ anbefaling fra din egen læge, før undersøgelsen og/eller behandlingen er dækket af forsikringen.

Yderligere oplysninger

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke yderligere oplysninger, der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen.

Du er forpligtet til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om, for at kunne behandle sagen.

Når du opholder dig i udlandet

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

Når du bor i Grønland skal du selv betale for udgiften til transport og ophold, hvis undersøgelse og/eller behandling skal ske i Danmark.

5.6.2 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 sygdommen eller tilskadekomsten 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.

5.6.3 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.

Hvis du selv har betalt for fx medicin, skal du sende regningen til os.

Vi modregner tilskud fra Sygesikringen Danmark og/eller tilskud fra den offentlige sygesikring, som du eventuelt har ret til.

5.6.4 Sådan beregner vi og udbetaler erstatningen

Vi betaler for udgifter, når forsikringen dækker som beskrevet i afsnit 5.1 til 5.5.

Dækning	Erstatning	Opgørelse og beregning af erstatning
5.6.4.1 Undersøgelser	Rimelige og nødvendige udgifter i indtil 3 måneder.	Betaling af udgifterne kan ske, når der er tale om en sygdom eller skade, som vi har anerkendt dækning for.
5.6.4.2 Behandlinger	Personforsikring Ung og Voksen Rimelige og nødvendige udgifter fra diagnosen er stillet.	
5.6.4.3 Behandling af kroniske Sygdomme	Personforsikring Ung og Voksen Rimelige og nødvendige udgifter til relevant behandling i op til 3 måneder, når diagnosen er stillet efter forsikringen er trådt i kraft.	
5.6.4.4 Genoptræning	Personforsikring Ung og Voksen Op til 3 måneder pr. sygdom/skade.	Den forudgående behandling af sygdommen/skaden skal være dækket af denne forsikring.
5.6.4.5 Efterkontrol	Personforsikring Ung og Voksen En ambulans efterkontrol pr. sygdom/skade.	Den forudgående behandling af sygdommen/skaden skal være dækket af denne forsikring.
5.6.4.6 Medicin	Personforsikring Ung og Voksen Rimelige og nødvendige udgifter til medicin under indlæggelse. Personforsikring Senior Nødvendige udgifter i indtil 3 måneder til lægeordineret medicin beregnet til behandling af den diagnosticerede tilstand.	
5.6.4.7 Hjælpemidler	Personforsikring Ung og Voksen Rimelige og nødvendige udgifter til midlertidige hjælpemidler i indtil 6 måneder.	
5.6.4.8 Fysiske behandlinger	Op til 10 behandlinger i alt hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut, akupunktør, osteopat eller kraniosakral-terapeut pr. behandlingsforløb.	Du skal være symptomfri i 12 sammenhængende måneder fra behandlingens afslutning, før der igen kan gives behandling for samme sygdom/skade. Herefter kan du anmelde sygdommen/skaden igen.
5.6.4.9 Psykologhjælp	Personforsikring Ung Op til 10 konsultationer hos psykolog pr. behandlingsforløb.	Du skal være symptomfri i 12 sammenhængende måneder fra behandlingens afslutning, før der igen kan gives behandling for samme sygdom/skade. Herefter kan du anmelde sygdommen/skaden igen.
5.6.4.10 Tryk Læge Hotline	Fri adgang til videokonsultation.	
5.6.4.11 Tryk Vejviser	Personforsikring Senior Fri adgang til telefonisk rådgivning om behandling i det offentlige system hos Tryk Vejviser.	

6. Generelle bestemmelser

Forsikringens varighed

Forsikringen gælder for et år ad gangen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

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

Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. På din forsikringsaftale 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 Betalingsservice 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 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.
- 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.tryg.dk eller få dem oplyst ved henvendelse til os.

Sådan behandler vi dine personoplysninger

På www.fdm.dk/produkter/forsikring/persondatapolitikkan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger.

Her finder du blandt andet information om

- til hvilket formål, vi behandler oplysningerne om dig.
- hvor oplysningerne bliver registreret, og
- hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til.

Generelle undtagelser

Forsikringen dækker ikke udgifter til advokatbistand og anden rådgivning.

Uanset din sindstilstand eller tilregnelighed på ulykkestidspunktet, dækker forsikringen ikke følger af ulykkestilfælde, du 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 du opholder dig i indtil 1 måned fra konfliktens udbrud. Det forudsættes dog, at du ikke deltager i handlingerne.

Indeksregulering

Prisen på forsikringen og forsikringssummer indeksreguleres og fremgår af forsikringsaftalen.

Dækning for Strakserstatning og Hospitalskompensation på Udvidet hjælp på Ulykke og Sygdom 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 opsig

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

Du kan vælge at opsig 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 opsig forsikringen, i indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller efter afvisning af skaden.

Skærpede vilkår

I stedet for at opsiges 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 opsiges den senest pr. den dato, hvor de skærpede vilkår vil gælde fra.

Uenighed om hændelsens egnet eller méngradens størrelse

Spørgsmålet, om en hændelse er egnet til at forårsage personskade (egnet), kan forelægges Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring, 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 Erhvervs-sikring. Vi kan også vælge at forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring.

Den af parterne, der ønsker sagen forelagt Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen, herunder udgifter til eventuelle yderligere læge-erklæringer.

Ændrer Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikrings den af Tryg fastsatte méngrad til fordel for dig, betales omkostningerne altid af Tryg.

Mulighed for at klage

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din sag. Hvis du stadig ikke er enig, kan du kontakte Kvalitet, som er vores 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 udfyldes på et digitalt klageskema på Ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk.

7. 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.