



Gjensidige

Kollektiv ulykke

Forsikringsbetingelser 2125181/2125003



Gælder fra maj 2018

Indholdsfortegnelse

Fællesbetingelser	Side 3	17. Risikoforandring	Side 8
1. Hvor dækker forsikringen	Side 3	Dødsfald	Side 9
2. Hvilke skader er dækket	Side 3	18. Erstatning ved død	Side 9
3. Hvilke skader er ikke dækket	Side 3	19. Hvem modtager erstatningen	Side 9
4. Krigs-, jordskælvs- og atomskader mv.	Side 4	Varigt mén fra 11%	Side 10
5. Hvis skaden sker	Side 5	20. Erstatning ved varigt mén	Side 10
6. Fastsættelse af méngraden	Side 5	21. Dobbelt'erstatning	Side 10
7. Flytning og ændring af betalingsadresse	Side 5	22. Hvordan bliver den samlede	
8. Varighed og opsigelsesregler	Side 5	ménerstatning beregnet	Side 10
9. Betaling	Side 5	23. Hvem skal have erstatningen	
10. Gebyrer	Side 6	ved varigt mén	Side 10
11. Indeksregulering	Side 6	24. Erstatning ved tandskade	Side 10
12. Ændringer	Side 6	25. Erstatning ved skade på briller	
13. Lovregler	Side 7	eller kontaktlinser	Side 11
14. Hvis du er utilfreds med selskabet.	Side 7	26. Behandlingsudgifter og andre udgifter	Side 11
15. Ankenævn	Side 7	Varigt mén fra 5%-10%	Side 13
16. Forbruger- eller ikke-forbrugerforsikring	Side 7	27. Dækning af varigt mén fra 5%	Side 13
Ulykkesforsikring	Side 8		

Kontakt Gjensidige Forsikring

Du kan få svar på dine spørgsmål på www.gjensidige.dk, hvor du også kan anmelde en skade.

Fællesbetingelser

Betingelser 2125181/2125003

Definitioner

Herunder defineres forskellige begreber, der er vigtige i forbindelse med ulykkesforsikring.

Forsikrede

Forsikrede er den eller de personer, på hvis liv eller helbred forsikringen er tegnet.

Forsikringstager

Forsikringstager er den, som har indgået aftalen om forsikring med Gjensidige Forsikring A/S, herefter kaldet selskabet.

Forsikringsperioden

Forsikringsperioden er det tidsrum, forsikringen er tegnet for. Forsikringen dækker skade som følge af hændelser indtrådt i denne periode.

Ulykkestilfælde/Ulykkesdefinition:

- A.** Udvidet ulykkesforsikring for henholdsvis dødsfald og varigt mén.
Gælder kun, hvis dækningen fremgår af policen.
Med mindre Udvidet Ulykkesforsikring er fravalgt, dækker forsikringen efter følgende ulykkesdefinition:
Forsikringen dækker en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
- B.** Hvis Udvidet ulykkesforsikring er fravalgt, dækker forsikringen efter følgende ulykkesdefinition:
Ved et ulykkestilfælde forstås en påviselig beskadigelse af legemet, der ufrivilligt rammer den forsikrede ved en begivenhed, der kommer udefra og pludseligt. Ved beskadigelse af arme og ben kræves alene, at årsagen til skaden skal være pludselig og med påviselig beskadigelse af legemet til følge.

Méngraden

Méngraden er den méngradsprocent, der fastsættes på grundlag af ulykkestilfældets medicinske art og omfang og under hensyn til de af ulykkestilfældet forvoldte ulemper i forsikredes personlige livsførelse. Der tages således ikke hensyn til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, forsikredes specielle erhverv, eller andre individuelle forhold.

1. Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker overalt i EU's medlemslande og i Norden, herunder Danmark, Grønland og Færøerne. I andre lande dækkes i op til 1 år fra afrejsetidspunktet. Er der behov for en længere dækningsperiode, kan selskabet kontaktes, så der kan tages stilling til evt. forlængelse af dækningsperioden.

2. Hvilke skader er dækket

2.1 Direkte følger af ulykkestilfælde.

Hvis der er tegnet udvidet ulykkesforsikring, dækker forsikringen også de direkte følger af ulykkestilfælde, der er forårsaget af et ildebefindende eller ved besvimelse, med mindre årsagen hertil er sygdom eller sygdomsanlæg.

2.2

Drukning samt beskadigelse på legemet som følge af forfrysning, hedeslag eller solstik.

2.3

Direkte følger af børnelammelse (poliomyelitis anterior acuta), som første gang er symptomgivende efter forsikringen er trådt i kraft.

2.4

Følger af lægelig behandling, der er nødvendiggjort af en skade, som i øvrigt er dækket af forsikringen.

3. Hvilke skader er ikke dækket

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 eller forklare skaden.

3.1

Ulykkestilfælde, der er forårsaget af sygdom eller sygdomsanlæg.

3.2

Sygdomme som efter lægelig (medicinsk) erfaring ikke kan antages at være en følge af et ulykkestilfælde. Dog dækkes de sygdomme, som er anført i punkt 2.3.

3.3

Skade, som er opstået på grund af smitte, f.eks. fra bakterier eller vira.

3.4

Forgiftning fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin, f.eks. salmonella og cambylobacter.

3.5

Følger efter læge-, tandlæge- og andre behandlinger. Se dog punkt 2.4.

3.6

Skader sket i forbindelse med fødsler.

3.7

Senfølger efter børnelammelse, det vil sige post polio syndrom.

3.8

Forværring af et ulykkestilfældes følger, når disse er forårsaget af en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

3.9

Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.

3.10

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

3.11

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

3.12

Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede ikke selv har været udsat for fare for personskade.

3.13

Skade, der sker med tilskadekomnes (forsikredes) forsæt, herunder selvmord. Dette gælder, uanset tilskadekomnes (forsikredes) sindstilstand eller tilregnelighed.

3.14

Skade, der skyldes tilskadekomnes (forsikredes) grove uagtsomhed eller selvforskyldte beruselse, herunder påvirkning af narkotika eller andre lignende stoffer. Eventuel dødsfaldserstatning bliver dog udbetalt, hvis der efterlades ægtefælle eller umyndige børn, og forsikringen har været i kraft i mindst 1 år.

3.15

Ulykkestilfælde, der opstår i forbindelse med den forsikredes aktive deltagelse i slagsmål. Denne undtagelse gælder ikke for børn under 15 år.

3.16

Ulykkestilfælde, der sker under deltagelse eller træning i professionel sport (herved forstås, at sporten er forsikredes hovederhverv eller indtægtsgivende erhverv).

3.17

Ulykkestilfælde, der sker under deltagelse i boksning eller anden kampsport, hvor det egentlige formål med kampsporten består i at ramme eller nedlægge en modstander eller slå på ting.

3.18

Skade, der sker i forbindelse med bjergbestigning, faldskærmsudspring, drageflyvning, elastikspring, parasailing, dykning med anvendelse af professionelt dykkerudstyr og motorløb af enhver art eller anden lignende farlig sport.

Dog dækkes skader i forbindelse med gokartkørsel samt orienterings-, præcisions-, og økonomiløb og rallies, der lovligt afholdes i Danmark.

Derudover dækkes skade, der sker i forbindelse med alle de nævnte aktiviteter, såfremt det er en engangsforeteelse og at det sker under professionel instruktion.

3.19

Dødsfald, der har naturlige årsager, eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.

4. Krigs-, jordskælvs- og atomskader mv.

Forsikringen dækker ikke skade, som direkte eller indirekte er en følge af:

4.1

Krig, krigslignende handlinger, neutralitetskrænkelser, borgerkrig, oprør eller borgerlige uroligheder.

Forsikringen dækker dog i indtil 1 måned fra konfliktens udbrud, hvis forhold af den nævnte karakter indtræffer i et land, hvor den forsikrede opholder sig på rejse uden for Danmark.

Det er en betingelse for denne dækning, at:

- a. forsikrede ikke rejser til et land, der er i en af ovennævnte situationer, hvis det frarådes af de danske myndigheder
- b. forsikrede rejser hjem, hvis forsikredes rejseselskab eller de danske myndigheder anbefaler dette
- c. forsikrede ikke selv deltager i handlingerne
- d. skaden ikke skyldes frigørelse af atomkraft.

4.2

Jordskælv eller andre naturkatastrofer i Danmark. Dog dækkes på Færøerne og i Grønland.

4.3

Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.

5. Hvis skaden sker

5.1

Sker en skade, skal selskabet snarest muligt have tilsendt en skriftlig anmeldelse eller ved tandskader en skriftlig anmeldelse og tandlægeerklæring. Selskabet sender blanket til anmeldelse af skaden og tandlægeerklæring efter anmodning. Tilskadekomne (forsikrede) skal være under nødvendig lægebehandling og eventuelt lade sig undersøge af en læge, som selskabet udpeger.

5.2

Forsikrede skal på forlangende meddele selskabet samtykke til indhentelse af nødvendige oplysninger til sagens behandling. Meddeles samtykke ikke, kan selskabet afvise at behandle skaden eller udbetale skønsmæssig erstatning.

5.3

Hvis tilskadekomne (forsikrede) dør, skal selskabet have meddelelse inden 48 timer. Selskabet kan forlange obduktion.

5.4

Ønsker den tilskadekomne eller de pårørende ikke at følge selskabets eventuelle krav om undersøgelse hos en af selskabet udpeget læge eller et eventuelt krav om obduktion, kan selskabet afvise erstatningskravet.

6. Fastsættelse af méngraden

6.1

Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikring méntabel. Det er altid den på afgørelsestidspunktet gældende vejledende méntabel, der anvendes ved erstatningsfastsættelsen. Méngraden fastsættes uden hensyn til forsikredes erhverv og andre individuelle forhold. Ved fastsættelsen af méngraden kan der fratrækkes for forudbestående lidelser.

6.2

Eventuel uenighed mellem forsikrede og selskabet om méngraden bliver afgjort ved forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring med bindende virkning for begge parter.

6.3

Den af parterne, der ønsker méngradens størrelse afgjort af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, betaler omkostningerne ved forelæggelsen. Selskabet refunderer forsikredes omkostninger til forelæggelse, hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ændrer méngraden til fordel for forsikrede.

7. Flytning og ændring af betalingsadresse

Hvis forsikringstageren flytter og/eller ønsker betalingsadressen ændret, skal selskabet have skriftlig meddelelse om dette.

8. Varighed og opsigelsesregler

8.1

Forsikringen er fortløbende og kan af forsikringstager og selskabet opsiges med mindst 1 måneds varsel til den aftalte forsikringsperiodes udløb.

8.2

Hvis forsikringen er tegnet for en flerårig periode, og forsikringen ophører på et tidligere tidspunkt end forudsat, og der har været ydet reduktion i prisen på grund af en flerårig aftale, kan selskabet opkræve 20% af den årlige pris, som var gældende umiddelbart før ophørsdagen. En forsikringsaftale, der er indgået for en flerårig periode, kan tidligst opsiges til udløb efter det andet forsikringsår. Se dog afsnit 8.3 om opsigelse i forbindelse med skader.

8.3

I forbindelse med anmeldelse af en skade kan selskabet skriftligt opsiges forsikringen med 14 dages varsel. Fristen for opsigelse løber fra anmeldelsestidspunktet og indtil 1 måned efter, at selskabet har betalt eller afvist at betale erstatning.

9. Betaling

9.1

Betaling opkræves med angivelse af sidste rettidige betalingsdag. Sammen med betalingen opkræves de offentlig fastsatte afgifter til staten. Forsikringstageren betaler de udgifter, der er forbundet med opkrævning og betaling.

9.2

Betales pr. indbetalingskort sendes påkrav om betaling til den opgivne betalingsadresse eller e-Boks. Betales via betalingsservice eller anden elektronisk betalingsmåde hæves beløbet på det opgivne kontonummer.

9.3

Ændres betalingsadressen eller kontonummer, skal selskabet straks underrettes.

9.4

Første betaling forfalder ved forsikringens ikrafttræden og senere betalinger på de anførte forfaldsdage.

9.5

Fristen for første betaling er mindst 12 dage fra modtagelsen af indbetalingskortet. Ved senere betalinger er fristen mindst 21 dage fra modtagelsen af indbetalingskortet. Sidste rettidige betalingsdag vil fremgå af indbetalingskortet. Fristerne gælder ikke, hvor betaling opkræves via betalingservice.

9.6

Betales første opkrævning ikke rettidigt ophører forsikringsaftalen.

9.7

Betales senere opkrævninger ikke rettidigt, kan selskabet, 14 dage efter udløbet af betalingsfristen efter punkt 9.5, opsige forsikringsaftalen. Aftalen opsiges med 21 dages varsel, medmindre opkrævningen er betalt inden denne dato.

9.8

Betales opkrævningen for sent på grund af særligt undskyldende omstændigheder, og betales opkrævning samt renter og omkostninger umiddelbart efter at den særligt undskyldende omstændighed er ophørt, løber forsikringsaftalen på ny fra dagen efter, at betalingen sker. Betalingen skal dog ske senest 3 måneder efter udløbet af opsigelsesfristen i punkt 9.7. Ved manglende betaling af første opkrævning skal betaling dog ske senest 3 måneder efter betalingsfristen i punkt 9.5. Er forsikringsaftalen indgået for en bestemt periode, skal betaling ske inden udløbet af denne periode.

10. Gebyrer

10.1 Gebyrer

10.1.1 Selskabet er berettiget til at beregne gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udbetalinger, dokumenter, oversigter, genparter og fotokopier samt besigtigelser, ekspeditioner og ydelser i forbindelse med police- og skadebehandling.

10.1.2 Prisen er enten fast eller beregnes som en procentsats/timesats. Beregningsmetoderne kan kombineres.

10.1.3 Priserne fremgår af selskabets prisliste, der kan ses på selskabets hjemmeside eller oplyses på forespørgsel.

10.2 Ændring og indførelse af nye gebyrer

10.2.1 I bestående forsikringsaftaler kan gebyrer forhøjes eller nye gebyrer indføres af omkostnings-, indtjenings- eller markedsmæssige årsager.

10.2.2 Forhøjelse af gebyrer sker med én måneds varsel til den første i en måned. Ændringerne offentliggøres på selskabets hjemmeside. Indførelse af nye gebyrer sker ved brev til forsikringstager med tre måneders varsel til policens hovedforfaldsdato.

11. Indeksregulering

11.1

Priser og forsikringssummer reguleres i overensstemmelse med det af Danmarks Statistik årligt offentliggjorte juli-nettoprisindeks. Basis for reguleringen er juli-nettoprisindekset fra kalenderåret før forsikringens ikrafttræden.

11.2

Selvrisiko reguleres hvert 3. år i overensstemmelse med det af Danmarks Statistik offentliggjorte summariske lønindeks for den private sektor. Basis for reguleringen er lønindeks for januar kvartal 2000. Det regulerede beløb afrundes nedad til det nærmeste hele kronebeløb, der kan deles med 100. Reguleringen sker på grundlag af det på reguleringstidspunktet gældende beløb før afrunding.

11.3

Alle beløb reguleres pr. 1. januar. Ændring af prisen får først virkning fra den første forfalds dag i kalenderåret eller ved første ændring forinden.

11.4

Ophører udgivelsen af de anvendte indeks, har selskabet ret til at fortsætte indeksreguleringen efter andre indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

12. Ændringer

12.1

Selskabet skal varsle væsentlige ændringer i pris, selvrisiko eller betingelser mindst 30 dage før forsikringens forfaldsdato. Dette gælder ikke for indeksering, lovmæssige ændringer, eller ændringer der foretages i forbindelse med en skade. Hvis forsikringstager ikke ønsker at acceptere ændringerne, kan forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om ændringen er modtaget. Opsiges forsikringen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede pris.

12.2

Selskabet kan, uden varsel, foretage mindre væsentlige ændringer af pris, selvrisiko eller betingelser, med virkning fra forsikringens hovedforfaldsdato. Ændringen kan ske ud over indeksering og lovmæssige ændringer. Sker dette, kan forsikringstager vælge at opsige forsikringen skriftligt senest 14 dage efter meddelelse om ændringen er modtaget. Opsiges forsikringen ikke, fortsætter denne på de ændrede vilkår og/eller den ændrede pris.

12.3

Vælger forsikringstager at opsige forsikringen, kan det kun ske mod tilbagebetaling af den eventuelle rabat, der er ydet ved en flerårig tagningsperiode.

13. Lovregler

For forsikringen gælder også lov om forsikringsaftaler og lov om forsikringsvirksomhed.

14. Hvis du er utilfreds med selskabet

Er der opstået uoverensstemmelse mellem sikrede og selskabet om forsikringen, kan sikrede klage til:

1. Selskabets klageansvarlig enhed. Derefter
2. Ankenævnet for Forsikring.

Klageansvarlig enhed

Vil du klage over vores afgørelse, den måde vi har behandlet din sag på eller vores produkter, så prøv i første omgang at kontakte den person eller det center, der har behandlet din sag.

Kan vi løse sagen på den måde, vil det være nemmest og hurtigst for både dig og os.

Finder du det nødvendigt at gå videre, er du velkommen til at tage kontakt til vores klageansvarlige enhed via e-mail eller brev.

Kontaktoplysninger findes på selskabets hjemmeside eller oplyses ved forespørgsel.

15. Ankenævn

Opstår der uoverensstemmelse mellem forsikringstager og selskabet om forsikringen, og fører en fornyet henvendelse til selskabet ikke til et tilfredsstillende resultat, kan forsikringstager klage til:

Ankenævnet for Forsikring

Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Tlf. 33 15 89 00
www.ankeforsikring.dk

Forsikringstager skal indsende klagen til Ankenævnet på et særligt skema. Samtidig skal forsikringstager betale et gebyr til Ankenævnet.

Forsikringstager kan efter anmodning få tilsendt et klageskema og et girokort til brug for indbetalingen af gebyret.

Henvendelse om klageskema m.v. kan ske til:

Selskabet

Ankenævnet for Forsikring

Forsikringsoplysningen,

Philip Heymans Allé 1,
2900 Hellerup,
tlf. 41 91 91 91
www.forsikringsoplysningen.dk

Klager, der vedrører sager af erhvervsmæssig karakter, behandles kun, hvis Ankenævnet skønner, at sagen ikke adskiller sig væsentligt fra private forsikringsforhold.

16. Forbruger- eller ikke-forbrugerforsikring

16.1

Er forsikringstager ikke momsregistreret betragtes forsikringen som værende en forbrugerforsikring. Er forsikringstager omvendt momsregistreret, betragtes forsikringen som en ikke-forbrugerforsikring.

Det betyder, at oplysningerne omkring momsregistrering er afgørende for, hvilke regler der følges.

16.2

Der gælder specielle regler for forbrugerforsikring (ikke momsregistret), herunder:

1. Fortrydelsesret, som giver ret til at fortryde tegning af forsikringen, jf. forsikringsaftaleloven.
2. Forsikringen kan ikke tegnes med flerårig periode.
3. Forkortet opsigelse, hvor forsikringstageren kan vælge et kortere opsigelsesvarsel på én måned til udgangen af en kalendermåned, mod betaling af et gebyr.

Ulykkesforsikring

Betingelser R282003

17. Risikoforandring

17.1

Forsikringen er tegnet på baggrund af forsikringstagers oplysninger om antallet af den/de forsikrede samt deres beskæftigelse.

17.2

Hvis der sker ændring i antallet af personer omfattet af forsikringen, skal selskabet have besked.

Selskabet skal tillige have besked, hvis der sker ændring i den/de forsikredes erhverv/beskæftigelse eller omfanget af beskæftigelsen.

Besked skal gives senest ved forsikringens førstkommende fornyelse, efter at der er sket ændring i antallet af personer eller ændring af erhverv/beskæftigelse.

17.3

Undladelse af at give besked om de i punkt 17.2 nævnte ændringer kan medføre, at erstatningen bortfalder eller bliver nedsat.

Dødsfald

Betingelser R282003

Gælder kun, hvis det fremgår af policen.

18. Erstatning ved død

18.1

Erstatningen ved død udgøres af den forsikringssum, der er gældende for forsikringen på dødstidspunktet.

18.2

Et ulykkestilfælde giver ikke ret til erstatning for både varigt mén og død. Er der udbetalt ménerstatning, bliver det udbetalte beløb fratrukket i dødsfaldserstatningen.

18.3

Var afdøde fyldt 68 år på dødstidspunktet, bliver dødsfaldserstatningen nedsat med følgende procenter:

- Fyldt 68 år 10%
- Fyldt 69 år 20%
- Fyldt 70 år 30%
- Fyldt 71 år 40%
- Fyldt 72 år 50%.

19. Hvem modtager erstatningen

19.1

Erstatningen tilfalder afdødes "nærmeste pårørende", medmindre forsikringstager har meddelt andet skriftligt til selskabet.

Afdødes "nærmeste pårørende" er efter forsikringsaftaleloven:

- a. Ægtefællen (personer af samme køn, der har ladet deres partnerskab registrere, sidestilles med ægtefæller, jf. Lov om registreret partnerskab)
- b. Samlever *
- c. Hvis der ikke efterlades ægtefælle, registreret partner eller samlever, er det afdødes børn, der modtager erstatningen
- d. Hvis der heller ikke efterlades børn, modtager afdødes arvinger erstatningen.

* For at opfylde betingelserne i forsikringsaftalelovens § 105a, stk. 2 skal en samlever leve sammen med forsikringstageren på fælles bopæl og

- vente, have eller have haft et barn sammen med forsikringstageren eller
- have levet sammen med forsikringstageren i ægteskabslignende forhold på den fælles bopæl i de sidste 2 år før dødsfaldet.

19.2

Erstatning til umyndige bliver udbetalt efter bestemmelserne i værgemålsloven.

Varigt mén fra 11%

Betingelser R282003

Gælder kun, hvis det fremgår af policen

20. Erstatning ved varigt mén

20.1

Har en skade medført et varigt mén på 11% eller derover, bliver der udbetalt ménerstatning.

20.2

Erstatningen for varigt mén udgør lige så mange procent af forsikringssummen for varigt mén, som méngraden er fastsat til i procent.

20.3

Méngraden fastsættes efter Arbejdsmarkedets Erhvervssikring méntabel.

20.4

Méngraden fastsættes på grundlag af bl.a. skadens medicinske art og omfang. Højeste méngrad er 100%.

20.5

Et i forvejen eksisterende varigt mén eller lidelse, herunder degenerative forandringer, uanset om de ikke tidligere har været symptomgivende, giver ikke ret til erstatning og kan ikke bevirke, at méngraden fastsættes højere, end hvis et sådan varigt mén eller lidelse ikke eksisterede.

20.6

Hvis der tidligere er udbetalt erstatning for varigt mén, vil den tidligere méngrad blive fratrukket erstatningen ved en ny skade i samme region.

20.7

Hvis der er tegnet ulykkesforsikring i flere 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 af prisen.

21. Dobbeltterstatning

Ved en méngrad på 30% eller derover fordobles erstatningen.

22. Hvordan bliver den samlede ménerstatning beregnet

22.1

Den samlede ménerstatning beregnes efter méngraden og tilskadekomnes alder på skadetidspunktet.

22.2

Var forsikrede fyldt 68 år, bliver ménerstatningen nedsat med følgende procenter:

Fyldt 68 år 10%
Fyldt 69 år 20%
Fyldt 70 år 30%
Fyldt 71 år 40%
Fyldt 72 år 50%.

22.3

Var forsikrede fyldt 57 år, bliver dobbeltterstatningen nedsat med følgende procenter:

Fyldt 57 år 10%
Fyldt 58 år 20%
Fyldt 59 år 30%
Fyldt 60 år 40%
Fyldt 61 år 50%
Fyldt 62 år 60%
Fyldt 63 år 70%
Fyldt 64 år 80%
Fyldt 65 år 90%.

Dobbeltterstatningen bortfalder ved det fyldte 66. år.

23. Hvem skal have erstatningen ved varigt mén

23.1

Erstatningen tilfalder den tilskadekomne (forsikrede).

23.2

Erstatning til umyndige bliver udbetalt efter bestemmelserne i værgemålsloven.

24. Erstatning ved tandskade

24.1

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige omkostninger til udbedring af en tandskade, herunder skade på tandproteser, som er en følge af et ulykkestilfælde. Forsikringen dækker ikke i det omfang udgiften kan kræves betalt fra anden side, f.eks. efter reglerne i lov om sikring mod følger af arbejdsskade, sygesikringen eller en sygeforsikring.

24.2

Ved skade på tandproteser forudsættes det, at protesen sad i munden på ulykkestidspunktet, og ulykkestilfældet i øvrigt har medført legemsbeskadigelse.

24.3

Forsikringen dækker ikke tandskade opstået ved tygning eller spisning.

24.4

Var tændernes eller protesens tilstand forringet inden ulykkestilfældet (f.eks. som følge af genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab eller paradentose), kan erstatningen blive nedsat eller eventuelt helt bortfalde.

Hvis en beskadiget tand er et led i en bro, eller nabotænder mangler eller er svækkede, dækker forsikringen ikke de ekstraomkostninger ved behandlingen, som sådanne forhold medfører.

24.5

Når den rimelige og nødvendige behandling, som følge af ulykkestilfældet, af tænder/proteser er afsluttet, og selskabet har betalt udgiften herved, erstattes ikke eventuelt senere opståede udgifter til efterbehandling eller vedligeholdelse af tænder/protese, som der tidligere er betalt erstatning for, hvis denne udgift sædvanligvis skulle være afholdt alligevel.

24.6

Forsikringen dækker ikke udgifter til tandbehandling, der påbegyndes mere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er sket.

25. Erstatning ved skade på briller eller kontaktlinser

25.1

Forsikringen dækker skade på briller eller kontaktlinser, der sker som følge af et ulykkestilfælde, der medfører legemsbeskadigelse. Forsikringen dækker udgiften til reparation af de beskadigede briller eller til indkøb af nye tilsvarende briller (identisk eller nærmest identisk stel, samme type glas og glasstyrke) eller kontaktlinser, i det omfang udgiften ikke kan kræves betalt fra anden side, f.eks. efter reglerne i lov om sikring mod følger af arbejdsskade, sygesikringen eller en sygeforsikring.

Briller erstattes efter tabellen herunder:

Alder:	% af genanskaffelsesprisen som ny på skadetidspunktet:
0-1 år	100%
1-2 år	100%
2-3 år	90%
3-4 år	80%
4-5 år	75%
5-6 år	70%
6-7 år	65%
7-8 år	60%
8-9 år	50%
9-10 år	40%
10-11 år	30%
11 år -	20%.

25.2

Det er en forudsætning for dækningen af briller, at de var placeret på forsikredes næse på skadetidspunktet. Ligeledes er det en forudsætning for dækning af kontaktlinser, at disse var placeret på forsikredes øjne på skadetidspunktet.

25.3 Selvrisiko

Der gælder en selvrisiko på 2.000 kr. (2018) ved hver skadebegivenhed.

26. Behandlingsudgifter og andre udgifter

26.1 Behandlingsudgifter

Forsikringen dækker forsikredes nødvendige udgifter til behandling af følgerne efter skaden hos kiropraktor eller fysioterapeut.

Det er en betingelse for dækningen, at behandling sker hos kiropraktor eller fysioterapeut, der har overenskomst med sygesikringen.

Udgifterne erstattes i det omfang, de ikke kan kræves betalt fra anden side, f.eks. efter reglerne i lov om sikring mod følger af arbejdsskade, sygesikringen eller en sygeforsikring, og længst indtil forsikredes (skadelidtes) tilstand efter en lægelig vurdering må anses at være stationær, dog maksimalt i indtil 12 måneder fra skadetidspunktet.

Forsikringen dækker ikke:

- behandlingsudgifter der er af smerteforebyggende karakter eller på anden måde "vedligeholdende", men ikke helbredende.
- udgifter til behandling af overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken.

26.2 Andre udgifter

Forsikringen dækker udgifter til lægehonorar for de undersøgelser, som selskabet forlanger foretaget.

Forsikringen dækker ikke:

- udgifter til medicin, forbindinger, bandager, bideskinner, hjælpemidler og lignende.
- udgifter til undersøgelser, konsultationer, læge- og hospitalsbehandlinger samt transportudgifter.
- udgifter til advokatbistand eller anden rådgivning.

Varigt mén fra 5%-10%

Betingelser R282003

Gælder kun, hvis det fremgår af policen

27. Dækning af varigt mén fra 5%

Forsikringen er udvidet til at dække varigt mén fra 5% - 10%.

For udvidelsen gælder i øvrigt de samme vilkår og eventuelle klausuler, som for den øvrige del af forsikringen.

Gjensidige Forsikring
A.C. Meyers Vænge 9
DK-2450 København SV
Tlf. +45 70 10 90 09
Fax +45 70 10 10 09
CVR-nr. 33 25 92 47

info@gjensidige.dk

dansk filial af
Gjensidige Forsikring ASA, Norge
ORG-nr. 995 568 217