

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 1 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Almindelige forsikringsbetingelser for Danica Balance

Nr. 110-78

Indhold**Anmeldelse**

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

Dækninger

- Dækning ved tab af erhvervsevne
- Dækning ved død
- Dækning ved visse kritiske sygdomme
- Dækning ved Sundhedssikring
- Pensionsopsparing

Præmie, udbetaling og omkostninger

- Præmiens betaling
- Præmiefri forsikring og udbetaling før tid
- Regulering af præmie og udbetaling
- Præmieforhøjelse og ændring af forsikringsbetingelserne
- Udbetaling
- Placering af pensionsopsparing
- Bonus

Hvor og hvornår dækker forsikringen

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

Generelt

- Lovgivning og aftalegrundlag
- Behandling af personoplysninger
- Dækningsoversigten
- Uenighed

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 2 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Anmeldelse

Sådan gør du, når du skal have udbetalt en dækning

Hvis du ønsker at bruge din forsikring, skal du anmelde det til Danica Pension. Det kan du gøre på danicapension.dk eller ved at ringe til os.

Du kan her se de særlige regler for anmeldelse, der er for Dækning ved visse kritiske sygdomme og Sundhedssikring.

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Hvis den forsikrede får en kritisk sygdom, der giver ret til udbetaling fra Dækning ved visse kritiske sygdomme, skal vi straks have besked. Det er den forsikrede, der skal udfylde blanketten til anmeldelsen. Du kan se, hvilke sygdomme vi dækker i afsnittet 'Dækning ved visse kritiske sygdomme'.

Sundhedssikring

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

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

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

Når den forsikrede anmelder en sygdom eller ulykke, skal vi have oplyst om der er tale om en sygdom eller ulykke, der er opstået i relation til arbejde eller fritid.

Dækninger

Dækning ved tab af erhvervsevne

Du kan her læse, hvilke regler der gælder for dækning ved tab af erhvervsevne.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 3 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Før vi udbetaler dækning ved tab af erhvervsevne

Vi udbetaler dækningen ved tab af erhvervsevne, hvis følgende betingelser er opfyldt.

- Den forsikrede har enten midlertidigt eller længerevarende mistet sin erhvervsevne på grund af sygdom eller en ulykke. Du kan se, hvad forskellen er på et 'midlertidigt' og et 'længerevarende' tab af erhvervsevne i afsnittene 'Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne' og 'Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne'.
- Tabet af erhvervsevne er så stort i hele karenperioden, at det efter karenperiodens udløb giver ret til en udbetaling - se dækningsoversigten. Karenperioden starter tidligst, når den forsikrede første gang behandles af en læge.
- Forsikringen er i kraft i hele karenperioden.
- Den forsikrede mister erhvervsevnen og er berettiget til at få udbetalt dækningen i perioden, fra dækningen træder i kraft, til den ophører - uanset årsagen.

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

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

Den månedlige udbetaling

Vi udbetaler dækningen ved tab af erhvervsevne en gang om måneden. Beløbet er 1/12 af den maksimale årlige udbetaling, der gælder ved karenperiodens start.

I dækningsoversigten kan du se

- hvor stort tabet af erhvervsevnen skal være, før vi udbetaler dækningen
- den maksimale årlige udbetaling
- om et mindre tab af erhvervsevne giver ret til en mindre udbetaling.

Hvis forsikrede opfylder betingelserne for udbetaling ved midlertidigt eller længerevarende tab af erhvervsevne, fastsættes udbetalingens størrelse, således:

Så længe forsikrede efter karenperiodens ophør oppebærer samme indtjening som hidtil, sker der ingen udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Hvis forsikrede får udbetalt løn, sygedagpenge eller anden offentlig ydelse, vil udbetalingen ved tab af erhvervsevne udgøre forskellen mellem forsikredes hidtidige indtjening og den nuværende samlede indtjening. Dette gælder også, hvis forsikrede får offentlig ydelse eller tilskud i en beskæftigelsesordning som for eksempel fleksjob.

Dog gælder det, at vi maksimalt supplerer til forsikredes hidtidige indtjening efter arbejdsmarkedsbidrag. Endvidere gælder det, at vi maksimalt udbetaler den valgte årlige dækning ved tab af erhvervsevne.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 4 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Hvis forsikrede deltager aktivt i et jobafklaringsforløb eller ressourceforløb og modtager eller er berettiget til ressourceforløbsydelse, vil udbetalingen fra os i de tilfælde blive forhøjet med, hvad der svarer til ydelsen for forsørgere i det pågældende forløb. Dette gælder uanset, at udbetalingen derved bliver større end forsikredes valgte årlige dækning ved tab af erhvervsevne. Udbetalingen fastsættes ved jobafklarings- og ressourceforløbets start og udbetales så længe, forsikrede deltager i forløbet. Udbetalingen kan dog maksimalt svare til hidtidig indtjening efter arbejdsmarkedsbidrag ved første sygedag.

Ovenstående regler for jobafklarings- og ressourceforløb gælder, så længe det offentlige foretager fuld modregning af udbetalingen fra os i den ydelse, som forsikrede modtager i det pågældende forløb. Det er også en betingelse, at der betales til dækningen ved tab af erhvervsevne oprettet som skadeforsikring i livsforsikringsselskabet på forsikredes første sygedag.

Forsikrede har kun ret til udbetaling, hvis den udbetaling inklusive en eventuel forhøjelse, som forsikrede kunne være berettiget til, er højere end ressourceforløbsydelsen, forsikrede er eller kunne være berettiget til fra det offentlige.

Vi tager i beregningen af udbetalingen ved tab af erhvervsevne højde for, om forsikrede skal betale arbejdsmarkedsbidrag af de ydelser, herunder løn, som forsikrede modtager.

Ved hidtidig indtjening forstår vi den forsikredes samlede indtjening ved personligt arbejde ved karenperiodens start. Vi kan dog vælge at bruge forsikredes samlede indtjening i kalenderåret før karenperiodens start eller grundlaget for AM-bidraget, der fremgår af forsikredes lønseddel. Ved beregningen af den hidtidige indtjening er det beløbet før skat og efter, at der er betalt arbejdsmarkedsbidrag, der indgår.

Indtjeningen omfatter A-indkomst fra både hoved- og bierhverv (totalindkomstprincippet), B-indkomst optjent ved personligt arbejde og erhvervsindtægter for selvstændige, som i væsentlig grad skyldes den pågældendes egen arbejdsindsats ved selvstændig erhvervsvirksomhed.

Indtjeningen omfatter eksempelvis ikke arbejdsgiverbetalt pensionsindbetaling, arbejdsfri indtægter som renter, private pensioner, aktieudbytte, indtægter ved udlejning af ejendomme og lignende, værdien af fri telefon, fratrædelsesgodtgørelse, rådighedsløn, kørselsgodtgørelse og beklædningsgodtgørelse.

Det er uden betydning, om indtjeningen for eksempel stammer fra én eller flere arbejdsgivere, fra bierhverv uden for den normale arbejdstid eller andel af overskud fra selvstændig virksomhed, uanset om det udbetales eller opspares i virksomheden.

Den årlige indtjening skal afspejle den forsikredes reelle indtjeningsevne forud for tidspunktet, hvor erhvervsevnenedsættelsen indtræder i dækningsberettigende grad.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 5 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Hvis ikke det er muligt at fastsætte den hidtidig indtjening korrekt, fastsætter vi den skønsmæssigt ud fra lønstatistikker, der afspejler den forsikredes uddannelse og alder i samme del af landet.

Har forsikrede ikke haft indtjening ved personligt arbejde i kalenderåret før karenperiodens start, fastsætter vi den hidtidige løn som den skønnede indtjening, som fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet.

For selvstændige, hvor indtjeningen i året før karenperiodens start afviger med mere end 25 procent fra tidligere års indtjening, og for personer med svingende indtægt, beregner vi et gennemsnit af de foregående tre års indtjening.

Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne

Et midlertidigt tab af erhvervsevnen vil sige, at den forsikrede ikke er i stand til at passe sit arbejde som hidtil i en periode. Før vi udbetaler en dækning, vurderer vi derfor erhvervsevnen ud fra det omfang, forsikrede kan passe sit arbejde - se dækningsoversigten.

Erhvervsevnen afgøres blandt andet på grundlag af en erklæring fra en læge, som vi vælger. Vi udbetaler kun dækning ved et midlertidigt tab af erhvervsevne, hvis den forsikrede har haft arbejde inden for det sidste år før den 1. sygedag - eller skadedagen, hvis tabet af erhvervsevnen skyldes en ulykke.

Udbetaling efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne

Udbetalingen starter, når den forsikredes erhvervsevne har været sat ned uafbrudt i det antal måneder, der står i dækningsoversigten (karenperioden). Vi udbetaler ikke en dækning efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne, når en af de følgende betingelser gør sig gældende.

- Den forsikrede kan igen passe sit arbejde.
- Det midlertidige tab af erhvervsevne har været halvandet år fra karenperiodens start.
- Vi vurderer, at tabet af erhvervsevne er længerevarende, og at udbetalingen kan fortsætte efter reglerne herfor.
- Dækningen ophører.

Vurdering af om tabet af erhvervsevne er længerevarende

Når vi skønner, at den forsikredes tilstand er blevet tilstrækkelig stabil, vurderer vi, om tabet af erhvervsevnen fremover skal betragtes som længerevarende. Det er en forudsætning, at den forsikrede fortsat er sygemeldt. På baggrund af helbredsoplysninger, herunder eventuelt en erklæring fra en læge, som vi vælger, vurderer vi, om erhvervsevnen længerevarende er sat så meget ned, at der ifølge dækningsoversigten er ret til udbetaling.

Midlertid vurderer vi altid den forsikredes fremtidige erhvervsevne, når hans/hendes midlertidige tab af erhvervsevne har været halvandet år. Vi kan dog vælge at udskyde vurderingen i et begrænset tidsrum en eller flere gange. I så fald fortsætter udbetalingen efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 6 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Selvom den forsikrede har fået tilkendt offentlig førtidspension eller har ret til et tilbud om fleksjob, kan han/hun ikke nødvendigvis få udbetalt dækningen ved tab af erhvervsevne. Det skyldes, at reglerne for at få førtidspension og fleksjob ikke er de samme som reglerne for, hvornår man har ret til udbetaling af dækningen.

Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne

Når vi vurderer, om tabet af erhvervsevnen fremover er længerevarende, laver vi en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne.

Først skønner vi, hvor meget den forsikrede kan tjene. Vi tager hensyn til den forsikredes tilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse - og om den forsikrede er egnet til en ny uddannelse, for eksempel ved omskoling, som kan påvirke den forsikredes indtjeningsmulighed.

Derefter sammenligner vi den skønnede indtægt med det, fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet. Viser sammenligningen, at den forsikrede efter vores skøn højst kan tjene 1/3 fremover af en almindelig indtægt for personer på samme alder og med en tilsvarende uddannelse i den del af landet, er den forsikredes erhvervsevne sat ned med 2/3.

Når vi laver vores skøn over indtægten, vurderer vi ikke situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil blive i stand til at få et job med sin uddannelse.

Vi kan når som helst kræve, at den forsikrede dokumenterer, at betingelserne for udbetaling af dækningen er opfyldt. Retten til at få udbetalt efter reglerne om længerevarende tab af erhvervsevne falder væk, hvis vi vurderer, at de nævnte forudsætninger ikke længere er til stede, eller når dækningen ophører.

Når den forsikrede er egnet til omskoling

Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, inddrager vi et skøn af, om den forsikrede er egnet til omskoling, og om en omskoling forventes at betyde, at den forsikrede kan tjene så meget, at han/hun ikke har et længerevarende tab af erhvervsevne - ligesom det er beskrevet i forrige afsnit. Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, tager vi ikke hensyn til situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil være i stand til at få et job efter omskolingen, der svarer til hans/hendes uddannelse.

Hvis vi anser, at den forsikrede er egnet til omskoling, er der ikke ret til dækningen, da erhvervsevnen i så fald ikke er sat tilstrækkeligt ned. Undtagelsesvis kan vi efter et konkret skøn dog indgå en skriftlig aftale med den forsikrede om, at han/hun får udbetalt en nedsat dækning under omskolingen. Den nedsatte udbetaling er betinget af, at den forsikrede opfylder vilkårene i aftalen.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 7 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Ophør af løbende udbetalinger

Får forsikrede udbetalt en dækning for et længerevarende tab af erhvervsevnen, stopper udbetalingen, når den forsikrede får sin erhvervsevne igen i så høj en grad, at forudsætningen for udbetalingen ikke længere er til stede. Vi kan når som helst bede om dokumentation for, at den forsikrede opfylder betingelserne for udbetalingen. Udbetalingen stopper i alle tilfælde, når forsikringen ophører.

Generelle betingelser for udbetaling af dækningen

Når tabet af erhvervsevnen anmeldes, kan vi kræve, at den forsikrede skal

- dokumentere, at han/hun har mistet sin erhvervsevne
- give os en lægeerklæring, som vi skal bruge til at vurdere, hvor meget erhvervsevnen er sat ned
- følge lægernes anvisninger i det omfang, de er rimelige.

Derudover kan vi

- indhente oplysninger fra læger, der behandler eller har behandlet den forsikrede
- behandle oplysningerne, jf. persondataloven
- vælge en læge til at undersøge den forsikrede.

Undtagelser for dækning ved sygdom og ulykke

Du kan her læse, hvilke undtagelser der er, når dækningen gælder ved både sygdom og ulykke.

Undtagelser på grund af forsætlig handling

Dækningen giver ikke ret til udbetaling, hvis den forsikrede med vilje (forsætligt) har forårsaget tabet af erhvervsevne.

Undtagelser på grund af sport og rejser til farlige områder

Kun hvis dækningen har været i kraft uafbrudt det sidste år, før den forsikredes erhvervsevne sættes ned, gælder dækningen, når den forsikrede

- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor risikoen er forøget på grund af krig eller krigslignende tilstand. En krigslignende tilstand er for eksempel borgerkrig, oprør eller andre uroligheder
- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- deltager i ekspeditioner til farlige områder
- deltager i en farlig sport som for eksempel motorvæddeløb, bob- eller kæk-kørsel, racerbådsløb, river rafting, bjergbestigning, rappelling, drageflyvning, parasailing eller -gliding, kunstflyvning, ultra light-flyvning, ballonflyvning, faldskærmsudspring, kendo, wing tsun, thai- eller kickboxing, traktor pulling, australsk fodbold eller dykning uden for dansk område.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 8 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Imidlertid kan tilfældene nævnt herover dækkes, hvis forsikringstageren har en skriftlig aftale med os. Aftalen kan eventuelt betyde, at der skal betales en tillægspræmie.

Undtagelser på grund af krig og anden fare

Bliver der krig i Danmark, eller forhøjes risikoen ved at være på dansk område på en anden måde, kan vi opkræve en tillægspræmie og/eller sætte dækningen ned. En sådan tillægspræmie og/eller nedsættelse af dækningen gælder fra det tidspunkt, risikoen forhøjes, og er anmeldt til Finanstilsynet i regulativ for krigsrisiko.

Hvis den forsikrede tager del i væbnede konflikter i væbnede styrker - herunder også politistyrker - fredskorps, observatørkorps eller lignende, dækker forsikringen i nogle tilfælde. En væbnet konflikt kan være en krig, en krigslignende tilstand eller en anden forhøjet risiko.

- Forsikringen dækker, hvis den forsikrede i forbindelse med en krig, en krigslignende tilstand eller en anden forhøjet risiko på dansk område er i Hæren, Søværnet eller Flyvevåbnet. Forsikringen skal dog have været i kraft uafbrudt i et år på det tidspunkt, risikoen forhøjes. Har forsikringen imidlertid været i kraft i under et år, skal vi straks have besked om, at den forsikrede er i Forsvaret. Vi vurderer derefter, om og på hvilke vilkår vi kan dække.
- Forsikringen dækker ikke ved deltagelse i en krig, et oprør, i bekæmpelsen af et oprør eller andre uroligheder uden for dansk område. Derudover dækker forsikringen ikke, hvis den forsikrede er i en styrke under en fremmed magt.

Dækning uden for det geografiske dækningsområde

Hvis den forsikrede opholder sig eller planlægger at opholde sig mere end et år uden for dækningsområdet, skal vi have besked. Det skyldes, at dækningen ophører efter et års ophold uden for dækningsområdet. Du kan læse mere i afsnittet 'Geografisk dækningsområde'.

Tilsynsregler for dækning ved tab af erhvervsevne

Når dækningen ved tab af erhvervsevne er en skadeforsikring - se dækningsoversigten - er tilsynsreglerne begrænsede i forhold til andre dækninger, der også er oprettet i et livsforsikringsselskab.

Særligt for gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra Forenede Gruppeliv (FG).

Dækning ved død

I dækningsoversigten kan du se, om vi udbetaler dækningen umiddelbart efter dødsfaldet eller senere, og om det er som en engangsudbetaling eller løbende udbetalinger.

Undtagelser på grund af selvmord, sport og rejser til farlige områder

Kun hvis dækningen har været i kraft uafbrudt det sidste år, før den forsikrede dør, gælder dækningen, når den forsikrede

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 9 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

- begår selvmord eller forsøger selvmord
- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor risikoen er forøget på grund af krig eller krigslignende tilstand. En krigslignende tilstand er for eksempel borgerkrig, oprør eller andre uroligheder
- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- deltager i ekspeditioner til farlige områder
- deltager i en farlig sport som for eksempel motorvæddeløb, bob- eller kælk-kørsel, racerbådsløb, river rafting, bjergbestigning, rappelling, drageflyvning, parasailing eller -gliding, kunstflyvning, ultra light-flyvning, ballonflyvning, kendo, wing tsun, thai- eller kick-boxing, traktor pulling, australsk fodbold eller dykning uden for dansk område.

Imidlertid kan tilfældene nævnt herover dækkes, hvis forsikringstageren har en skriftlig aftale med os. Aftalen kan eventuelt betyde, at der skal betales en tillægspræmie.

Undtagelser på grund af krig og anden fare

Bliver der krig i Danmark, eller forhøjes risikoen ved at være på dansk område på en anden måde, kan vi opkræve en tillægspræmie og/eller sætte dækningen ned. En sådan tillægspræmie og/eller nedsættelse af dækningen gælder fra det tidspunkt, risikoen forhøjes, og er anmeldt til Finanstilsynet i regulativ for krigsrisiko.

Hvis den forsikrede tager del i væbnede konflikter i væbnede styrker - herunder også politistyrker - fredskorps, observatørkorps eller lignende, dækker forsikringen i nogle tilfælde. En væbnet konflikt kan være en krig, en krigslignende tilstand eller en anden forhøjet risiko.

- Forsikringen dækker, hvis den forsikrede i forbindelse med en krig, en krigslignende tilstand eller en anden forhøjet risiko på dansk område er i Hæren, Søværnet eller Flyvevåbnet. Forsikringen skal dog have været i kraft uafbrudt i et år på det tidspunkt, risikoen forhøjes. Har forsikringen imidlertid været i kraft i under et år, skal vi straks have besked om, at den forsikrede er i Forsvaret. Vi vurderer derefter, om og på hvilke vilkår vi kan dække.
- Forsikringen dækker ikke ved deltagelse i en krig, et oprør, i bekæmpelsen af et oprør eller andre uroligheder uden for dansk område. Derudover dækker forsikringen ikke, hvis den forsikrede er i en styrke under en fremmed magt.

Hvis vi ikke udbetaler dækningen på grund af undtagelserne, udbetaler vi i stedet for dækningens eventuelle tilbagekøbsværdi. Du kan læse mere om tilbagekøbsværdien i afsnittet 'Præmiefri forsikring og udbetaling før tid'.

Særligt for gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra Forenede Gruppeliv (FG).

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 10 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Du kan her læse, hvilke regler der gælder for dækning ved visse kritiske sygdomme.

Før vi udbetaler dækning ved kritisk sygdom

For at vi kan udbetale dækningen, skal

- den forsikrede have en diagnose på en af de kritiske sygdomme, der giver ret til udbetaling ifølge afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling' - en fejldiagnose giver ikke ret til en udbetaling
- diagnosen stilles af en læge i Danmark
- lægen stiller diagnosen, efter forsikringen er trådt i kraft
- dækningen ved kritisk sygdom være i kraft, når lægen stiller diagnosen - stilles diagnosen, efter dækningen af den ene eller den anden grund er faldet væk, har den forsikrede ikke ret til udbetaling
- den forsikrede være i live, når lægen stiller diagnosen.

Vi udbetaler kun dækningen ved kritisk sygdom en gang, også selvom den forsikrede får flere kritiske sygdomme på samme tid.

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

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

Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling

Du kan her se, hvilke kritiske sygdomme der kan give ret til en udbetaling. De lægefaglige udtryk skyldes, at vi skal bruge en præcis beskrivelse af en sygdom. Undtagelserne kan læses i afsnittet 'Undtagelser på grund af misbrug' og i afsnittet 'Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden'.

1. **Kræft**
2. **Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv**
3. **Blodprop i hjertet**
4. **Planlagt operation eller udvidelse af en forsnævret kranspulsåre i hjertet**
5. **Operation af hjerteklapsygdom**
6. **Blodprop i hjernen eller hjerneblødning**
7. **Sækformet udvidelse på hjernens pulsårer**
8. **Kronisk nyresvigt**
9. **Dissemineret sklerose**
10. **Amyotrofisk lateralsklerose**
11. **Større organtransplantation**
12. **Hiv-infektion som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte**
13. **Aids**
14. **Muskelsvind**
15. **Blindhed**

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 11 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

- 16. Døvhed**
- 17. Parkinsons sygdom**
- 18. Creutzfeldt-Jacobs sygdom**
- 19. Bakteriefremkaldt hjernehindebetændelse**
- 20. Borreliainfektion i hjernehinder, nerverødder eller hjerne**
- 21. Større forbrændinger**
- 22. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)**

1. Kræft

Forsikringen dækker ondartede kræftsvulster, der vokser ukontrolleret ind i normalt væv. Eventuelt kan det være ondartede celler, der spreder sig, så der kommer dattersvulster i andet væv eller andre organer. Derudover er modermærkekræft (malignt melanom) og prostatakræft Gleason 7 eller med spredning svarende til T2N0M0 også dækket.

Dækningen omfatter også kræft i blod og bloddannende organer, det vil sige:

- Behandlingskrævende leukæmi.
- Kræft i knoglemarv og lymfeknuder.
- Højrisiko myelodysplastisk syndrom.
- Kronisk myelomonocytleukæmi type 2.
- Behandlingskrævende myelom eller myelomatose.
- Behandlingskrævende kronisk myeloid leukæmi.
- Behandlingskrævende kronisk lymfatisk leukæmi (stadie III og IV).

Behandlingskrævende defineres som celledræbende behandling og/eller transplantation af knoglemarv eller celler fra et andet individ.

Diagnosen skal være bekræftet på en patologisk-anatomisk hospitalsafdeling eller af en speciallæge i vævs- og celleundersøgelse med en mikroskopi af enten væv eller en celleprøve.

Dækning ved visse kritiske sygdomme dækker ikke:

- Forstadier til kræft, der ikke infiltrerer (carcinoma in situ eller svær dysplasi, borderline eller med lavt malignt potentiale).
- Blærepapillomer.
- Hodgkins lymfom, stadium 1.
- Ikke behandlingskrævende stadier af myelom, myelomatose, kronisk myeloid leukæmi, kronisk lymfatisk leukæmi og Waldenströms makroglobulinæmi.
- Svulster, der opstår som følge af en infektion med hiv (human immundefekt virus).
- Alle andre former for hudkræft end modermærkekræft (malignt melanom).
- Mycosis fungoides og lymfom lokaliseret til huden.
- Lokaliseret MALT-lymfom.
- Polycytæmia vera.
- Essentiel trombocytose.
- Prostatakræft i stadie 1-6 (Gleason 1-6).

2. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarg

Forsikringen dækker godartede svulster i hjernen og rygmargen - herunder også i hinderne - hvis det ikke har været muligt at fjerne svulsterne helt ved en operation.

Desuden dækker forsikringen, hvis den forsikrede bliver 15 procent invalid på grund af følger tilstande i nervesystemet efter en operation. Graden af invaliditet beregnes efter Arbejds-skadestyrelsens tabel (méntabel 2012). Vi udbetaler dækningen, når det har været muligt at vurdere følger tilstanden.

Dækningen omfatter ikke:

- Cyster.
- Granulomer.
- Hypofyseadenomer.
- Acusticusneurinomer (Schwannomer) eller andre tumorer i kranienerver eller perifere nerver og nerverødder.

3. Blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt)

Forsikringen dækker et akut henfald af en del af hjertets muskelvæv, der sker på grund af for lidt blodtilførsel til den del af hjertet.

Diagnosen skal være stillet på et hospital, og der skal være forhøjede hjerte-biomarkører (typisk mindst 1 forhøjet troponinværdi) samt mindst to af de følgende tre kriterier skal opfyldes på samme tid.

- Der er pludseligt opståede og konstante smerter i brystet.
- Der påvises nyopståede elektrokardiografiske tegn på henfald af hjertemuskel.
- Billeddiagnostiske tegn på nytillkommet tab af hjertemuskelvæv (ekkokardiografi, myokardieskintigrafi, MRI, påvist blodprop i kranspulsåre ved koronarangiografi (KAG)).

4. Planlagt operation eller udvidelse af en forsnævret kranspulsåre i hjertet

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede har tilbagevendende brystsmerter på grund af ilt-mangel og efter en røntgenundersøgelse af hjertets pulsårer er på venteliste til - eller allerede har gennemgået - en af følgende to operationer.

- Omledning af blodstrømmen forbi en forsnævring i en eller flere kranspulsårer (by-pass operation).
- Udvidelse/stentning af en forsnævring i en eller flere kranspulsårer (PCI-behandling).

5. Operation af hjerteklapsygdom

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede har fået indopereret en kunstig eller biologisk hjerteklap på grund af en hjerteklapsygdom. Hvis sygdommen var kendt, da dækningen blev oprettet, dækker forsikringen ikke. Du skal være opmærksom på, at operationen skal være sket, før der er dækning.

6. Blodprop i hjernen eller hjerneblødning (apopleksi)

Forsikringen dækker hjerneskader, hvis der gælder følgende.

- Hjerneskaden opstår akut og giver lokaliserede (fokale) udfaldssymptomer fra nervesystemet, der varer mere end 24 timer.
- Skaden skyldes enten en forsnævring/tillukning af en pulsåre til eller i hjernen eller en blodansamling i eller uden på hjernen. Blodansamlingen skal være opstået spontant på grund af en misdannelse i hjernens kar eller en pulsåre, der er bristet.
- Diagnosen skal være stillet på neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller af en speciallæge i neurologi eller neurokirurgi.
- Skaden skal være påvist ved en CT/MR-scanning.

Forsikringen dækker ikke:

- Tilfældigt opdaget følge efter eventuel tidligere apopleksi ved CT/MR-scanning.
- Transistorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transistorisk iskæmisk attack (TIA).
- Diffus hjerneskade forårsaget af kredsløbssygdom i hjernen (demens).
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet udenfor hjernen (for eksempel øjne, ører og hypofyse).

7. Sækformet udvidelse på hjernens pulsårer (intrakranielt sakkulat aneurisme)

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede efter en røntgenundersøgelse af hjernens pulsårer (angiografi) er på venteliste til - eller allerede har gennemgået - en operation eller behandling for en sækformet udvidelse af hjernens pulsårer. Vi udbetaler også dækningen, hvis behandlingen ikke kan gennemføres af tekniske årsager.

8. Kronisk nyresvigt

Forsikringen dækker kronisk nyresvigt, hvis det betyder, at den forsikrede påbegynder varig dialysebehandling, bliver nyretransplanteret eller er accepteret på venteliste til nyretransplantation.

9. Dissemineret sklerose

Forsikringen dækker dissemineret sklerose, hvis der gælder følgende.

- Den forsikrede har haft et svært tilfælde (attack) eller et progressivt forløb eller ved mere end et attack haft udfaldssymptomer fra nervesystemet.
- Der er blivende forandringer i flere områder af især centralnervesystemets hvide substans påvist ved MR-scanning (MRI).
- Diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling eller af en neurologisk speciallæge.

Forsikringen dækker ikke:

- Tilfælde alene med synsnerveudfald (opticus neurit) eller transversal myelitis.

10. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)

Forsikringen dækker amyotrofisk lateralsklerose, der er en tiltagende kronisk sygdom, der nedbryder det centrale og perifere nervesystem. Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling og være bekræftet ved elektromyografi.

11. Større organtransplantation

Forsikringen dækker, hvis den forsikredes hjerte, en lunge eller lever svigter, og han/hun derfor skal have eller har fået en transplantation fra en donor eller er accepteret på venteliste til transplantation. Forsikringen omfatter også transplantat af stamceller/knoglemarv for tilstande, der ikke er dækning for under punkt 1. Kræft.

Dækningen omfatter ikke transplantation af andre organer, væv eller celler.

12. Hiv-infektion (human immundefekt virus) som følge af blodtransfusion eller arbejdsbetinget smitte

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede bliver smittet med hiv-1 ved en blodtransfusion, efter forsikringen er trådt i kraft. Sundhedsstyrelsen skal vurdere, at den forsikrede kan få godtgørelse for hiv-infektion, der er overført via en blodtransfusion.

Derudover dækker forsikringen, hvis den forsikrede bliver smittet i forbindelse med sit erhverv, og følgende betingelser er opfyldt.

- Den forsikrede er blevet smittet med hiv, mens han/hun var i gang med sit erhverv.
- Den forsikrede havde fået en læsion i forbindelse med sit erhverv eller var udsat for smitte på slimhinderne.
- Den forsikrede har fået taget en negativ hiv-test, inden for den første uge efter han/hun blev udsat for smitte.
- Den forsikrede har fået taget en positiv hiv-test senest 12 måneder efter den negative test.
- Uheldet er sket, efter forsikringen er trådt i kraft.
- Uheldet er anmeldt som en arbejdsskade.

13. Aids

Forsikringen dækker aids i udbrud, hvis den forsikrede bliver smittet med hiv, efter forsikringen er trådt i kraft.

Diagnosen skal være stillet på en infektionsmedicinsk afdeling og være anmeldt som AIDS til Statens Serum Institut.

14. Muskelsvind

Forsikringen dækker limb-girdle muskeldystrofi, myastenia gravis, arvelig motorisk sensorisk neuropati (Charcot-Marie-Tooth). Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.

15. Blindhed

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede bliver varigt blind på begge øjne, og synsstyrken på det bedste øje højst er 1/60 af det normale.

16. Døvhed

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede varigt mister hele hørelsen på begge ører.

17. Parkinsons sygdom (paralysis agitans)

Forsikringen dækker primær Parkinsons sygdom, hvis diagnosen er stillet på en neurologisk afdeling eller af en speciallæge i neurologi på grundlag af muskelstivhed (rigiditet), rystelser (tremor) og nedsættelse af de spontane bevægelser (oligokinesi).

Forsikringen dækker ikke, hvis den forsikrede er blevet syg af andre grunde, for eksempel på grund af medicin eller forgiftning eller symptomer, der optræder sekundært til andre sygdomme.

18. Creutzfeldt-Jacobs sygdom (subakut spongioform encephalopati)

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede får stillet en diagnose på en neurologisk afdeling på baggrund af

- en hurtigt udviklet demenstilstand, ofte med paranoide forestillinger
- universelle myoklone ryk
- EEG (elektroencefalografi) med karakteristiske udladninger
- eventuelt en hjernebiopsi.

19. Bakteriefremkaldt hjernehindebetændelse (akut purulent meningitis)

Forsikringen dækker kun hjernehindebetændelse, der skyldes bakterier. Det vil sige, at vi ikke dækker hjernehindebetændelse, der skyldes en svampe- eller virusinfektion. Diagnosen skal være stillet på en medicinsk eller en neurologisk afdeling på grundlag af kliniske fund og følgende kriterier.

- En undersøgelse af hjernerygmarvsvæsken, der viser et stærkt forhøjet antal hvide blodlegemer af neutrofil type (typisk 5.000-20.000 mio. pr. liter).
- Forhøjelse af proteinindholdet.
- Ofte nedsat glukoseindhold.

20. Borreliainfektion i hjernehinder, nerverødder eller hjerne (neuroborreliose)

Forsikringen dækker, hvis den forsikrede får betændelse i nervesystemet, efter han/hun har fået overført bakterien borrelia burgdorferi gennem et bid af en skovflåt. Betændelsen kommer mellem en uge og fire til seks måneder efter biddet, og de typiske symptomer er hovedpine og muskelsmerter i nakke og ryg, hvorefter kranienerven eller de perifere nerver i arme og ben ofte lammes. Hos en mindre del af de borreliasmittede angriber betændelsen hjernen og/eller rygmarven.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller medicinsk afdeling på grundlag af kliniske fund og følgende kriterier.

- Borrelia-specifikke antistoffer i blodet og i hjernerygmarvsvæsken (man ser dog seronegative i op til to måneder, efter den forsikrede blev smittet).

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 16 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

- Syntese af borrelia-specifikt IgM og/eller IgG antistof i centralnervesystemet.

Forsikringen dækker også infektion ved Tick-Borne-Encephalitis (TBE), hvis diagnosen er verificeret ved påvisning af virusantistoffer i serum og spinalvæske.

21. Større forbrændinger (ambustio)

Forsikringen dækker tredjegrads-brandsår, der dækker mindst 20 procent af legemsoverfladen. Diagnosen skal stå på en journaludskrift eller på en epikrise fra en brandsårsafdeling.

22. Aorta sygdom (sygdom i hovedpulsåren)

Forsikringen dækker Aortaaneurisme (eventuelt med bristning), aortadissektion eller aortaokklusion enten i bryst eller maveregionen.

Diagnosen skal være stillet ved enten ultralyd af abdomen, ekkokardiografi, CT/MR-scanning eller eventuelt ved aortografi. Aorta skal være udvidet lokalt til over 5 cm i diameter for mænd eller 4,5 cm i diameter for kvinder, eller der skal være en bristning i aortas indre lag med blødning ind i aortavæggen.

Aortaokklusionen diagnosticeres på de kliniske fund og aortagrafi eller MR-angiografi.

Undtagelser på grund af misbrug

Forsikringen dækker ikke, hvis den forsikrede får en kritisk sygdom på grund af

- misbrug af medicin
- brug af medicin, der ikke er ordineret af en læge
- misbrug af alkohol eller narkotika og lignende giftstoffer.

Undtagelser efter en kritisk sygdom før forsikringens start eller i forsikringstiden

Har eller har den forsikrede haft en kritisk sygdom, før han/hun træder ind i forsikringen, udbetaler vi ikke dækning som beskrevet under det tilsvarende punkt i afsnittet 'Kritiske sygdomme, der giver ret til en udbetaling'. Dog er der følgende særlige regler for punkt 1. Kræft og skærpede vilkår for de sygdomme, der er beskrevet under punkterne 3, 4, 5 og 6.

Kræft

Har den forsikrede haft kræft, kan han/hun få udbetalt en dækning efter punkt 1. Kræft, hvis

- der er gået mindst syv år, siden behandlingen for den første sygdom blev afsluttet - kontrolbesøg tæller ikke som behandling
- der ikke er konstateret tilbagefald i de syv år, der er gået, siden behandlingen sluttede.

Blodprop i hjertet eller planlagt operation/udvidelse af kranspulsåre i hjertet

Vi udbetaler ikke en dækning efter punkt 3 eller 4, hvis den forsikrede har haft en blodprop i hjertet eller har haft en planlagt operation eller udvidelse af en forsnævret kranspulsåre i hjertet.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 17 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Operation af hjerteklapsygdom, blodprop i hjernen eller hjerneblødning

Vi udbetaler ikke en dækning efter punkt 5 eller 6, hvis den forsikrede er blevet opereret for en hjerteklapsygdom eller har haft en blodprop i hjernen eller en hjerneblødning.

Forsikringen fortsætter, hvis dækningen for kritisk sygdom er blevet udbetalt. Vi indsætter dog et forbehold for den kritiske sygdom, som den forsikrede allerede har fået udbetaling for. Ovenstående særlige regler for punkt 1. Kræft og skærpede vilkår for de sygdomme, der er beskrevet under punkterne 3, 4, 5 og 6, gælder også for forbeholdet.

Pensionsopsparing

Vi udbetaler den første af de løbende udbetalinger og/eller engangsudbetalingen på det aftalte udbetalingstidspunkt.

I dækningsoversigten kan du se, hvornår vi begynder udbetalingen, og om det er en engangsudbetaling eller løbende udbetalinger.

Dækning ved Sundhedssikring

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

Før vi udbetaler dækning

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

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 18 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

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

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

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

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

Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører

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

Grundmodulet

Med grundmodulet dækker vi udgifter til

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

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

1. Konsultation og forundersøgelse

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

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

2. Operation

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

3. Medicinsk behandling under indlæggelse

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 19 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

4. Ophold og forplejning

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

5. Efterkontrol

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

6. Ambulant genoptræning

Vi dækker den forsikredes udgifter til ambulante genoptræning.

Det er en forudsætning, at

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

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

Det dækker grundmodul ikke

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

Grundmodul dækker ikke undersøgelser og behandling

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

Derudover dækkes ikke

- receptpligtig medicin, når den forsikrede ikke er indlagt
- transport, ophold og forplejning af den forsikrede ved behandling i Danmark
- kronisk dialysebehandling

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 20 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

- organtransplantation
- operation for nærsynethed, langsynethed eller bygningsfejl
- kosmetiske behandlinger og operationer, dog dækker vi rekonstruktion af brystet, hvis den forsikrede får fjernet en tumor, og behandling af en direkte følge af en ulykke
- behandling af afhængighed eller misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler og følger heraf
- tandlægebehandlinger, medmindre de indgår som en del af en anden behandling, der er krævet som en direkte følge af en ulykke, der er dækningsberettiget - for eksempel en operation af kæbebrud - behandlingen skal ske på et hospital af en tandlæge og på baggrund af en lægefaglig vurdering
- akupunktur
- fedmeoperationer eller -behandling uanset årsag til operationen eller behandling
- alternativ behandling - det vil sige, at behandleren ikke er autoriseret af Sundhedsstyrelsen.

Grundmodulet dækker ikke behandling som følge af

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

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

Modul 1

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

Modul 1 dækker udgifter til

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 21 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

1. Medicin

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

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

Udgifter til medicin i forbindelse med dækningen 'Psykiatrisk behandling' er ikke dækket.

2. Fysioterapi og kiropraktorbehandling

Vi dækker den forsikredes udgifter til behandlinger hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Behandlingerne skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige.

Hvis den forsikrede vælger en anden behandler end én af dem, vi samarbejder med, dækker vi maksimalt 12 behandlinger tilsammen hos en fysioterapeut eller kiropraktor inden for et kalenderår.

Hos kiropraktor dækker vi også én røntgenundersøgelse inden for et kalenderår.

Ved behandling hos en fysioterapeut skal den forsikrede have en henvisning (skriftlig eller elektronisk) fra en læge.

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

3. Zoneterapi

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

Det er en forudsætning, at

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

4. Akupunktur

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

Det er en forudsætning, at

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

5. Psykologbehandling

Vi dækker den forsikredes udgifter til konsultationer hos en autoriseret psykolog i Danmark, som vi samarbejder med. Konsultationerne skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige.

Hvis den forsikrede vælger en psykolog, vi ikke samarbejder med, dækker vi maksimalt 12 konsultationer inden for et kalenderår, og det maksimale beløb, der kan betales pr. konsultation, fremgår af dækningsoversigten. Vi dækker dog højst 12 konsultationer for samme forsikringsbegivenhed.

6. Psykiatrisk udredning og behandling

Vi dækker den forsikredes udgifter til maksimalt to behandlingsforløb hos en psykiatrisk speciallæge inden for forsikringstiden.

Det er en forudsætning, at

- den forsikrede har en henvisning (skriftlig eller elektronisk) fra en læge
- behandlingsstedet er i Danmark og på vores liste over godkendte behandlingssteder
- behandlingsstedet foretager udredningen
- behandlingsstedet og vi vurderer, at der er et behandlingsbehov.

Udgifter til medicin er ikke dækket.

7. Diætist

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

Det er en forudsætning, at den forsikrede har et BMI (Body Mass Index) på mindst 30.

Hvis den forsikrede har et BMI på under 30, dækker vi op til 10 konsultationer hos klinisk diætist, hvis behandlingen er en del af en behandling for en anden sygdom. Det er en forudsætning, at en læge har vurderet, at diætistbehandlingen vil være relevant.

Modul 2

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

Modul 2 dækker udgifter til

1. midlertidig hjælp i hjemmet
2. rekreations- og behandlingsophold
3. behandling i udlandet
4. transport til og fra udlandet
5. ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet

6. forhøjelse af højeste årlige udbetaling

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

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

Er der indgået særskilt aftale mellem arbejdsgiver og Danica Pension om leverandørskifte, dækkes udover kræft eller lidelser i bevægeapparatet også andre former for lidelser, der er opstået i forsikringstiden i det afgivende selskab. Dette gælder dog kun for udgifter, der ikke skal betales af det afgivende selskab.

1. Midlertidig hjælp i hjemmet

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

Det er en forudsætning, at den midlertidige hjælp i hjemmet

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

2. Rekreations- og behandlingsophold

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

Det er en forudsætning, at

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

3. Behandling i udlandet

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 24 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Hvis den forsikredes behandling ikke kan foretages i Danmark, dækker vi de lægelige udgifter til én nødvendig efterkontrol. Vi dækker derudover udgifter til den forsikredes ophold og forplejning den dag, efterkontrollen finder sted. Det maksimale beløb, der betales for ophold og forplejning, svarer til maksimumbeløbet nævnt i dækningsoversigten for ledsagers ophold. Desuden dækker vi transport som nævnt under punktet 'Transport til og fra udlandet'.

4. Transport til og fra udlandet

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

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

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

5. Ledsagertransport og -ophold ved behandling i udlandet

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

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

6. Forhøjelse af højeste årlige udbetaling

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

Præmie, udbetaling og omkostninger

Præmiens betaling

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

Betalingstidspunkt

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 25 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Betalingsmåde

Præmier og/eller indskud betales på den aftalte måde. Er det valgt, at præmien og/eller indskuddet skal betales med indbetalingskort, sender vi kortet til den betalingsadresse, der er opgivet. Vi får automatisk besked fra folkeregistret, når forsikringstager flytter. Forsikringstageren skal imidlertid selv give os besked, hvis betalingsadressen ikke er den samme som hans/hendes folkeregisteradresse.

Tidsfrist for betaling

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

Manglende betaling

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

Betales præmien stadig ikke, og hører dækningen til i en af følgende kategorier, ændrer vi den til en præmiefri forsikring. Det gælder

- dækninger ved tab af erhvervsevne - gælder ikke gruppeordninger - uanset om de er oprettet i livsforsikringsselskabet eller skadeforsikringsselskabet, hvor dækningens værdi indgår i opsparingen, når kontoen gøres op
- livsforsikringer, der er oprettet i livsforsikringsselskabet, men dog ikke gruppeordninger.

Når dækningen ændres til en præmiefri forsikring, sættes dækningen ned i forhold til den opsparede værdi på det tidspunkt. Er forsikringens værdi ikke stor nok til, at vi kan ændre forsikringen til præmiefri, udbetaler vi forsikringens eventuelle tilbagekøbsværdi. Du kan læse mere om præmiefrie forsikringer i afsnittet 'Præmiefri forsikring og udbetaling før tid'.

Genoptagelse af betaling

En dækning kan fortsætte på uændrede vilkår, hvis følgende betingelser er opfyldt.

- Dækningen er en livsforsikring i livsforsikringsselskabet.
- Den første præmie er betalt.
- Præmiebetalingen genoptages. Betalingen skal genoptages senest et halvt år efter forfaldsdagen for den første manglende indbetaling eller senest tre måneder efter betalingsfristen i rykkerbrevet.

Genoptages betalingen senere, kan dækningen kun fortsætte på uændrede vilkår, hvis det aftales med os. Når præmiebetalingen genoptages, kan der være et ekspeditionsgebyr.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 26 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Forsikringen dækker igen dagen efter, alle de skyldige præmier er betalt. Hvis dækning forudsætter, at forsikringen har været i kraft uafbrudt i et år, dækker vi dog ikke det første år, efter de skyldige præmier er betalt. Vi dækker ikke forsikringsbegivenheder, der er sket i perioden, hvor dækningen ikke har været i kraft på grund af den manglende betaling.

Ophør af præmiebetaling

Præmiebetalingen ophører

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

Er det en betingelse for udbetaling af en dækning, at en medforsikret/et forsikret barn er i live, skal der ikke længere betales præmie til denne del af dækningen, hvis han/hun dør.

Hvis præmiebetalingen ophører i forbindelse med et dødsfald eller i forbindelse med udbetalingen af en dækning ved tab af erhvervsevne, regulerer vi udbetalingen for, om der er betalt for lidt eller for meget i præmie.

Præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

Præmien skal ikke længere betales, hvis den forsikrede mister sin erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke. Det er en forudsætning, at erhvervsevnen mistes i perioden, fra at dækningen træder i kraft, til den ophører uanset årsagen. I dækningsoversigten kan du se, hvor stort tabet af erhvervsevnen skal være, før der er ret til præmiefritagelse.

Når vi vurderer, om tabet af erhvervsevnen skal give ret til præmiefritagelse, laver vi en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne.

Først skønner vi, hvor meget den forsikrede kan tjene. Vi tager hensyn til den forsikredes tilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse - og om den forsikrede er egnet til en ny uddannelse, for eksempel ved omskoling, som kan påvirke den forsikredes indtjeningsmulighed.

Derefter sammenligner vi den skønnede indtægt med det, fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet. Viser sammenligningen, at den forsikrede efter vores skøn højst kan tjene 1/3 fremover af en almindelig indtægt for personer på samme alder og med en tilsvarende uddannelse i den del af landet, er den forsikredes erhvervsevne sat ned med 2/3.

Når vi laver vores skøn over indtægten, vurderer vi ikke situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil blive i stand til at få et job med sin uddannelse.

I dækningsoversigten kan du se, om et mindre tab af erhvervsevnen giver ret til en delvis præmiefritagelse.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 27 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Der er først ret til præmiefritagelse, når den forsikrede erhvervsevne har været sat ned uafbrudt i det antal måneder, der står i dækningsoversigten under præmiefritagelse (karensperioden). Det er en forudsætning, at præmien betales i karensperioden. Retten til præmiefritagelse falder væk, hvis forudsætningerne for at få præmiefritagelse ikke længere er til stede, eller når dækningen ophører. Får forsikrede sin erhvervsevne så meget igen, at han/hun ikke længere har ret til præmiefritagelse, skal der betales fuld præmie igen.

Selvom den forsikrede har fået tilkendt offentlig førtidspension eller har ret til et tilbud om fleksjob, kan han/hun ikke nødvendigvis få præmiefritagelse. Det skyldes, at reglerne for at få førtidspension og fleksjob ikke er de samme som reglerne for, hvornår man har ret til præmiefritagelse.

Vi kan altid kræve, at den forsikrede dokumenterer, at betingelserne for præmiefritagelse er opfyldt.

Vigtigt omkring anmeldelse, når præmiebetalingen ophører

Vi skal have anmeldelsen af krav om præmiefritagelse inden seks måneder efter at præmiebetalingen er ophørt, uanset årsagen. Får vi anmeldelsen senere, er der ikke ret til præmiefritagelse.

Undtagelser på grund af forsætlig handling

Forsikringen giver ikke ret til præmiefritagelse, hvis den forsikrede med vilje (forsætligt) har forårsaget tabet af erhvervsevne.

Undtagelser på grund af sport og rejser til farlige områder

Kun hvis forsikringen har været i kraft uafbrudt det sidste år, før den forsikredes erhvervsevne sættes ned, er der ret til præmiefritagelse, når den forsikrede

- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor risikoen er forøget på grund af krig eller krigslignende tilstand. En krigslignende tilstand er for eksempel borgerkrig, oprør eller andre uroligheder
- rejser til eller opholder sig i områder uden for Danmark, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- deltager i ekspeditioner til farlige områder
- deltager i en farlig sport som for eksempel motorvæddeløb, bob- eller kælk-kørsel, racerbådsløb, river rafting, bjergbestigning, rappelling, drageflyvning, parasailing eller -gliding, kunstflyvning, ultra light-flyvning, ballonflyvning, faldskærmsudspring, kendo, wing tsun, thai- eller kickboxing, traktor pulling, australsk fodbold eller dykning uden for dansk område.

Præmiefri forsikring og udbetaling før tid

Du kan her læse på hvilke vilkår, du kan få en præmiefri forsikring og få udbetalt forsikringen før det aftalte tidspunkt.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 28 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Præmiefri forsikring

En præmiefri forsikring vil sige, at der ikke betales præmie, og at dækningen sættes ned i forhold til den opsparede værdi. På visse dækninger og forsikringer opnås en såkaldt tilbagekøbsværdi, idet kun en del af præmiebetalingen går til risikodækninger m.m. - se dækningsoversigten. Det gælder

- dækninger ved tab af erhvervsevne - gælder ikke gruppeordninger - uanset om de er oprettet i livsforsikringsselskabet eller skadeforsikringsselskabet, hvor dækningens værdi indgår i opsparingen, når kontoen gøres op
- livsforsikringer, der er oprettet i livsforsikringsselskabet, men dog ikke gruppeordninger.

Er der en tilbagekøbsværdi, kan forsikringen fortsætte på uændrede vilkår som en præmiefri forsikring med nedsatte ydelser.

Forsikringen kan ændres til præmiefri efter de regler, der til enhver tid gælder, og som er anmeldt til Finanstilsynet ifølge lov om finansiel virksomhed. Det vil sige, at vi kan ændre reglerne for, hvordan vi beregner en præmiefri forsikring.

Udbetaling før tid

Forsikringstageren får udbetalt tilbagekøbsværdien, hvis han/hun opsiger forsikringen - den skal opsiges skriftligt.

Vi beregner tilbagekøbsværdien efter de regler, der til enhver tid gælder, og som er anmeldt til Finanstilsynet ifølge lov om finansiel virksomhed. Det vil sige, at vi kan ændre reglerne for, hvordan vi beregner tilbagekøbsværdien.

Undtagelser for præmiefri forsikring og udbetaling før tid

En forudsætning for at ændre en forsikring til præmiefri er, at de årlige udbetalinger/engangsbeløbet er større end et mindstebeløb, vi fastsætter. Hvis de årlige udbetalinger/engangsbeløbet er mindre, kan vi vælge at udbetale tilbagekøbsværdien, og i så fald ophører dækningen. Det samme gælder, når der ikke længere betales præmie og forsikringen er uden for garanti-perioden, hvis for eksempel tilbagekøbsværdien bliver mindre end det fastsatte beløb på grund af kursfald.

Vi udbetaler ikke tilbagekøbsværdien, hvis der er taget forbehold for at udbetale den. Vi udbetaler heller ikke tilbagekøbsværdien uden en særlig aftale, hvis udbetalingen afhænger af, om den forsikrede og/eller medforsikrede lever. Den særlige aftale kan blandt andet betyde, at vi skal have oplysninger, der er tilfredsstillende efter vores skøn, om den forsikredes og/eller den medforsikredes helbred.

Regulering af præmie og udbetaling

Vi regulerer den samlede præmie ud fra den pensionsbestemmende løn på det tidspunkt, der er aftalt.

Samtidig reguleres dækningerne som aftalt med os.

Her tager vi hensyn til forsikredes alder, forsikringens art og det beregningsgrundlag, der til enhver tid gælder, og som er anmeldt til Finanstilsynet.

Vi regulerer automatisk præmien, så længe den ikke stiger mere end 25 procent om året. Stiger den mere end 25 procent, skal forsikrede give nye helbredsoplysninger, og vi skal vurdere, om de er tilfredsstillende.

Regulering af præmien til ratepension

Vi sætter præmien for ratepensionen op en gang om året - så vidt det er muligt. Det sker efter lovens maksimumgrænse.

Samtidig forhøjer vi dækningerne, så det svarer til præmieforhøjelsen. Her tager vi hensyn til forsikredes alder, forsikringens art og det beregningsgrundlag, der til enhver tid gælder, og som er anmeldt til Finanstilsynet.

Regulering af dækning ved tab af erhvervsevne (gruppeordning)

Vi regulerer præmien en gang årligt ud fra bestemmelserne i firmapensionsaftalen. Hvis dækningen ikke er en procentdel af lønnen, reguleres dækningens størrelse en gang årligt ud fra bestemmelserne i firmapensionsaftalen.

Derudover regulerer vi præmien på første forfaldsdag i året. Reguleringen sker efter Danmarks Statistiks nettoprisindeks og udgør forholdet mellem de to foregående års juli-indeks. Stopper Danmarks Statistik med at udarbejde nettoprisindekset, kan vi bruge et tilsvarende indeks fra Danmarks Statistik.

Regulering af dækning ved visse kritiske sygdomme

Vi regulerer præmien en gang årligt ud fra bestemmelserne i firmapensionsaftalen.

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

Derudover regulerer vi præmien på første forfaldsdag i året. Reguleringen sker efter Danmarks Statistiks nettoprisindeks og udgør forholdet mellem de to foregående års juli-indeks. Stopper Danmarks Statistik med at udarbejde nettoprisindekset, kan vi bruge et tilsvarende indeks fra Danmarks Statistik.

Regulering af dækning ved Sundhedssikring

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

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

Regulering af gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Forenede Gruppeliv regulerer præmien for gruppelivsforsikringen en gang om året. Præmien beregnes ud fra alder og køn for alle, der er forsikrede i starten af forsikringsåret.

Øvre grænse for regulering af dækninger

Vi regulerer automatisk dækninger, så længe de ikke stiger mere end 25 procent om året. Stiger de mere end 25 procent, skal forsikrede give nye helbredsoplysninger, og vi skal vurdere, om de er tilfredsstillende.

Undtagelser

Vi stopper med at regulere

- forsikringer, der er rene risikodækninger - altså uden en opsparingsdel - når der er mindre end et år tilbage af forsikringstiden
- dækninger, hvis vi har aftalt, at præmiebetalingen skal stoppe, før dækningen ophører
- dækningerne og præmien, når præmien ikke længere betales
- præmien, hvis forsikrede har haft præmiefritagelse i tre år, fordi han/hun har mistet sin erhvervsevne.

Hvis dækningen ved tab af erhvervsevne udbetales

Vi regulerer en begyndt udbetaling ved tab af erhvervsevnen efter reglerne i Danica Pensions bonusregulativ.

Reguleringen af forsikringen kan stoppes

Forsikringstager kan altid kræve, at reguleringen af forsikringen stoppes. Det gælder dækninger, der er oprettet i livsforsikringsselskabet, men ikke skadeforsikringer. Ønskes reguleringen genoptaget, skal forsikrede give nye helbredsoplysninger, og vi skal vurdere dem som tilfredsstillende.

Præmieforhøjelse og ændring af forsikringsbetingelserne

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 31 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Præmieforhøjelse

Vi kan forhøje præmien, hvis vi ændrer vores tilsvarende tarifpræmier. Forsikringstageren får besked senest en måned før ændringen, der træder i kraft ved præmiens næste forfaldsdag eller på et senere tidspunkt, som vi giver besked om.

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

Gruppeordning

Den præmie, som forsikringstageren betaler til en gruppeordning, er tarifpræmien minus bonus. En tarifpræmie er den pris, vi tager for en forsikring på basis af beregningsgrundlaget. Vi giver ikke besked, hvis vi ændrer præmien på grund af en regulering af forsikringen og bonus eller en ændring i gruppens sammensætning eller af den maksimale grundlagsrente for livsforsikringer, som Finanstilsynet har fastsat.

Ændring af forsikringsbetingelserne

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

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

Arbejdsgiverordning

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

Udbetaling

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 32 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Sådan udbetaler vi efter en anmeldelse

Vi udbetaler dækningen, så snart vi har fået de oplysninger, vi skal bruge for at kunne vurdere vores forpligtelse og fastsætte dækningens størrelse. Udbetalingen sker automatisk til din NemKonto. Det betyder, at du ikke behøver give os besked, hvis du skifter bank eller konto. Er du i tvivl om, hvilken konto der er din NemKonto, kan du kontakte dit pengeinstitut.

Hvis du ønsker, at vi bruger en anden konto end NemKonto til dine udbetalinger, beder vi dig give os skriftlig besked om registrerings- og kontonummer. Husk også at skrive dit CPR-nr. Har du tidligere fravalgt NemKonto, respekterer vi naturligvis dette.

Vælger du en anden udbetalingsmåde, kan vi opkræve et gebyr.

Elektronisk udveksling af oplysninger

Da der sker en elektronisk udveksling af dit NemKonto-nr. og CPR-nr. mellem Danica Pension og NemKonto-systemet, skal vi ifølge persondataloven oplyse dig om følgende.

Økonomistyrelsen er dataansvarlig og har dermed ansvaret for at oprette og drive NemKonto. Den faktiske drift af NemKonto-systemet bliver varetaget af virksomheden KMD A/S. Vi udveksler kun oplysninger om dig for at kunne udbetale et eller flere beløb til din NemKonto.

Rent praktisk sker en udbetaling ved, at Danica Pension sender en betalingsmeddelelse og dit CPR-nr. til KMD A/S, der påfører dit NemKonto-nr., hvorefter udbetalingen gennemføres. Du kan altid kontakte NemKonto Support for at få oplyst, hvilke oplysninger NemKonto har registreret om dig. Er oplysningerne forkerte, kan du naturligvis få dem rettet. Du kan selv se og eventuelt rette oplysningerne på www.nemkonto.dk. Det kræver dog brug af Digital Signatur.

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

Sådan udbetaler vi Dækning ved visse kritiske sygdomme

Vi betaler, så snart vi har fået de oplysninger, vi skal bruge for at kunne vurdere vores forpligtelse og fastsætte beløbet. Det er forsikrede, der skal give os disse oplysninger, herunder give os lov til at få lægelige oplysninger og behandle dem. Får vi ikke oplysningerne, har vi ikke pligt til at betale.

Sådan udbetaler vi en dækning ved Sundhedssikring

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

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 33 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

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

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

Placering af pensionsopsparring

Pensionsopsparringen er investeret efter betingelserne for Danica Balance. Investeringsbetingelserne for Danica Balance findes efter forsikringsbetingelserne.

Bonus

Særligt for gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer
Gruppelivsforsikringer tildeles bonus efter Danica Pensions bonusregulativ for gruppelevs-dækninger, der er anmeldt til Finanstilsynet.

Hvor og hvornår dækker forsikringen

Forsikringsaftalen

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

Ukorrekte oplysninger

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

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 34 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

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

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

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

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

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

Hvornår træder forsikringen i kraft

Hvis forsikringen antages på normale vilkår, dækker vi

- fra det øjeblik, vi eller en af vores repræsentanter får begæringen og helbredsoplysningerne, hvis oplysningerne efter vores skøn er tilfredsstillende, medmindre der står noget andet om antagelsen i begæringen
- en eventuel samlet risiko, der er større end 5 mio. kroner, når vi skriftligt og uden forbehold har antaget forsikringen - i den samlede risiko medregnes alle personforsikringer for den forsikrede.

Antagelsen kan være betinget af, at et eventuelt indskud er betalt.

Vi afgør, om vi kan antage og oprette forsikringen på grundlag af oplysningerne fra forsikringstageren, den forsikrede eller den medforsikrede. En forsikring uden risikodækning kan også antages af en af vores repræsentanter, hvis han/hun har en antagelsesfuldmagt, som forsikringstageren får at se.

Kan vi ikke antage forsikringen på normale vilkår, sender vi et tilbud med oplysninger om, på hvilke betingelser vi eventuelt kan gøre det. I så fald træder dækningen i kraft, når vi har fået en skriftlig accept af tilbuddet.

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

- genoptager præmiebetalingen
- forhøjer præmien

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 35 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

- ændrer forsikringen på andre måder.

Er forsikringen en del af en obligatorisk arbejdsgiverordning, træder den i kraft den dag, forsikrede omfattes af overenskomsten mellem arbejdsgiveren og Danica Pension. De oplysninger, forsikrede giver i begæringen og helbredsdeklaringen, skal være tilfredsstillende efter vores skøn. Hvis oplysningerne ikke er tilfredsstillende, er der dækning fra den dag, forsikrede er omfattet af overenskomsten, når vi har modtaget alle nødvendige risikoplysninger og vurderet, at forsikringen kan antages på normale vilkår.

Kan vi ikke antage forsikringen på normale vilkår, sender vi et tilbud med oplysninger om, på hvilke betingelser vi eventuelt kan gøre det. I så fald er der dækning fra den dag, forsikrede er omfattet af overenskomsten, når vi har fået en skriftlig accept af tilbuddet.

Dækning ved visse kritiske sygdomme

Dækning ved visse kritiske sygdomme træder i kraft den dag, gruppemedlemmet indtræder i ordningen ifølge gruppeaftalen. Datoen står i dækningsoversigten.

Sundhedssikring

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

Ophør

Du kan her læse om reglerne for ophør af gruppeordning for

- tab af erhvervsevne
- dækning ved visse kritiske sygdomme
- Sundhedssikring.

Forsikringen ophører automatisk

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

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

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

Oprettelse af en fortsættelsesforsikring

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 36 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

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

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

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

Fratræder forsikrede sin stilling, mens dækningen ved tab af erhvervsevne udbetales, kan han/hun oprette en fortsættelsesforsikring, når han/hun er blevet rask. Vi opretter fortsættelsesforsikringen efter de tarif- og forsikringsbetingelser, der gælder for individuelle forsikringer på raskmeldingstidspunktet, jf. de tre foregående afsnit.

Særligt for Danica Sundhedspakke

Danica Sundhedspakke ophører automatisk

- når forsikrede fratræder sin stilling hos arbejdsgiveren
- når forsikrede når den alder, der står i overenskomsten mellem arbejdsgiveren og Danica Pension
- når der ikke længere betales præmie til dækningen ved tab af erhvervsevne. Dette gælder dog ikke, når præmiebetalingen ophører i forbindelse med udbetaling af en dækning ved tab af erhvervsevne.

Særligt for gruppeordninger, som Forenede Gruppeliv administrerer

Her henviser vi til forsikringsbetingelserne fra Forenede Gruppeliv (FG).

Opsigelse

Du kan her læse om reglerne for opsigelse af

- dækninger, der er oprettet som skadeforsikring
- dækninger, der er oprettet som skadeforsikring i livsforsikringsselskabet.

Danica Sundhedspakke

Forsikringstager kan opsigte forsikringen skriftligt. Det skal i så fald ske senest en måned inden præmiens næste forfaldsdag, hvor forsikringen så ophører.

Vi kan opsigte forsikringen med en måneds skriftligt varsel til præmiens næste forfaldsdag, medmindre vi oplyser om et senere opsigelsestidspunkt.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 37 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Forsikringstager kan også opsige forsikringen indtil en måned efter, en skadesag er afsluttet, eller vi har afvist et erstatningskrav. I så fald ophører forsikringen 14 dage efter, vi har modtaget opsigelsen.

Gruppeordning

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

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

Opsigelsen kan ikke omfatte dækninger, der udbetales.

Geografisk dækningsområde

Du kan her læse om, hvor dækning ved tab af erhvervsevne og Dækning ved visse kritiske sygdomme dækker.

Forsikringen dækker forsikringsbegivenheder i Danmark - gælder også Grønland og Færøerne - Sverige, Norge, Finland og på Island. Desuden dækker forsikringen under rejser og ophold i resten af verden i op til 12 måneder.

Vi skal have besked om rejser og ophold uden for dækningsområdet, der varer mere end 12 måneder. Skal vi dække rejser og ophold ud over 12 måneder, skal det aftales særskilt. Har vi ikke indgået en særskilt aftale, ophører forsikringen automatisk uden opsigelse fra os, når forsikrede har opholdt sig uden for dækningsområdet i 12 måneder.

Til vurderingen af vores forpligtelse og udbetalingens størrelse kan vi kræve, at der foretages en lægeundersøgelse i Danmark. Vi betaler for den lægelige undersøgelse, men ikke for rejsen til og fra Danmark eller for udgifter til ophold m.v. i forbindelse med undersøgelsen.

Du kan her læse, hvor Sundhedssikring dækker.

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 38 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Generelt

Lovgivning og aftalegrundlag

Forsikringen er underlagt dansk ret.

Forsikringsbetingelserne suppleres af forsikringsaftaleloven.

Aftalegrundlaget består af forsikringsbetingelserne, dækningsoversigten, kort overblik (resumeet) og eventuelle særlige betingelser, der står i dækningsoversigten eller på et bilag. Desuden indgår investeringsbetingelserne.

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

Behandling af personoplysninger

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

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

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

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

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 39 Ref. D999
Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00
Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Du kan læse mere om, hvordan vi behandler personoplysninger om dig, og hvilke rettigheder du har, på danicapension.dk/personoplysninger. Har du spørgsmål, eller vil du gerne have tilsendt en kopi af informationen, er du velkommen til at kontakte os.

Tavshedspligt

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

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

Samtykke

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

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

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

Klager

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

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

Dækningsoversigten

Du kan her læse om dækningsoversigten.

Forsikringsbetingelser i Danica Pension

Side 40 Ref. D999

Forsikringsnr. 110 9999 9999 - 00

Ikrafttrædelse den 16.05.2018

Forsikringsaftalelovens §§ 113 og 114 om livsforsikringsaftalers omsættelighed (negotabilitet) gælder ikke for denne forsikringsaftale. Dækningsoversigten er ikke et værdipapir, og det giver derfor ingen rettigheder mod os blot at have dækningsoversigten - det kan for eksempel være et krav om at få forsikringen udbetalt.

Vi kan udstede flere dækningsoversigter for samme forsikring, blandt andet hvis forsikringen ændres eller reguleres.

Bliver dækningsoversigten væk, kan vi sende en ny, uden at den gamle gøres ugyldig (mortificeres).

Vi udbetaler tilbagekøbsværdien og dækningen ved dødsfald eller pensionering (det aftalte udbetalingstidspunkt) til de berettigede, uden at de skal sende dækningsoversigten til os.

Skal et krav kunne gøres gældende mod os, skal vi have skriftlig besked, hvis

- forsikringstager vil pantsætte eller overdrage rettighederne ifølge forsikringsaftalen - eventuelt af hele forsikringen
- forsikringstager vil indsætte en begunstiget eller ændre en begunstiget på forsikringen
- forsikringstager ønsker at råde over (disponere over) forsikringen på anden måde.

Vær opmærksom på, at hvis forsikringen pantsættes, kommer en eventuel panthavers ret altid før den begunstigedes, uanset hvornår vi har fået besked om pantsætningen, jf. forsikringsaftalelovens § 112. Det gælder dog ikke, hvis begunstigelsen er gjort uigenkaldelig, før vi har besked om pantsætning.

Uenighed

Sådan gør du, hvis du vil klage

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

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

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

Det koster et mindre gebyr at klage til Ankenævnet.