

Forsikringsbetingelser

Privattegnet ulykkesforsikring

ULYK-5

Forsikringsbetingelser
Gældende fra 01.07.2020

PenSam Forsikring

Indholdsfortegnelse

Afsnit 1 – Forsikringens omfang	3
1.0 Hvem er dækket af forsikringen?	3
2.0 Hvilke dækninger kan tegnes?	3
3.0 Hvor dækker forsikringen?	4
4.0 Hvad dækker forsikringen?	4
5.0 Hvad dækker forsikringen ikke?	4
Afsnit 2 – Dækninger	7
6.0 Heltidsdækning	7
7.0 Fritidsdækning	7
8.0 Farlig sport	7
9.0 Varigt mén	7
10.0 Dækning for behandlingsudgifter (standarddækning)	8
11.0 Psykologisk krisehjælp (standarddækning)	8
12.0 Tand- og tyggeskader	9
13.0 Død	9
14.0 Strakserstatning	9
15.0 Forældredækning (standarddækning – børn)	13
16.0 Begravelseshjælp (standarddækning – børn)	14
17.0 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn (tilvalgsdækning – børn)	14
Afsnit 3 – Generelt	18
18.0 Fortrydelsesfrist	18
19.0 Hvordan fortrydes forsikringen?	18
20.0 Præmiens betaling	18
21.0 Ændring af forsikringspræmien efter det fyldte 65. år	19
22.0 Indeksregulering og afgifter	19
23.0 Varighed og opsigelsesregler	20
24.0 Forsikringens personlige karakter	20
25.0 Anmeldelse af skade eller diagnose	20
26.0 Forældelse	20
27.0 Genoptagelse af ulykkessager	20
28.0 Forsikringstagers oplysningspligt	21
29.0 Ulykkesforsikring(er) i andet selskab	21
30.0 Lægebehandling	21
31.0 Hvilke lovregler gælder for forsikringen?	21
32.0 Klager	21
33.0 Gebyrer	22
34.0 Tilsyn	22
35.0 Ikrafttræden	22
Ordforklaring *	23

Afsnit 1 – Forsikringens omfang

1.0 Hvem er dækket af forsikringen?

- 1.1 Forsikringen dækker den person, som står nævnt på policen (herefter kaldet sikrede).
- 1.2 Sikredes børn, adoptiv- og stedbørn (ikke plejebørn) under 2 år er medforsikret på policen uden betaling af merpræmie for dækning for varigt mén, tand- og tyggeskade og begravelseshjælp. Hvis forsikringen ønskes tegnet med dækning for "Forsikring ved visse kritiske sygdomme – børn" og "Strakserstatning" (begge tilvalg), tegnes forsikringen som en selvstændig børneulykkesforsikring.

Forsikringssummen på børn udgør den samme sum, som gælder for den øvrige sikrede på policen.

Et barn under 2 år kan kun medforsikres på én (1) police i PenSam Forsikring (herefter selskabet) uden betaling af merpræmie.

- 1.3 Ulykkesforsikring på børn, der er fyldt 2 år, tegnes på en selvstændig police. Ulykkesforsikring på børn tegnes som en børneulykkesforsikring og kan fortsætte indtil barnet fylder 18 år. Forsikringen ophører ved førstkommende hovedforfald (fornyelsesdato) efter det fyldte 18. år.

2.0 Hvilke dækninger kan tegnes?

- 2.1 Forsikringen kan tegnes med følgende dækninger, og de er nærmere beskrevet i afsnit 2 Dækninger, under de følgende punkter:

Heltidsdækning (varigt mén) (se punkt 6.0)

Fritidsdækning (varigt mén) (se punkt 7.0)

Heltidsdækning (død) (se punkt 13.0)

Fritidsdækning (død) (se punkt 13.0)

Fritidsdækning ved farlig sport (se punkt 8.0)

Behandlingsudgifter (standarddækning) (se punkt 10.0)

Psykologisk krisehjælp (standarddækning) (se punkt 11.0)

Tand- og tyggeskader (se punkt 12.0)

Strakserstatning (se punkt 14.0)

Forældredækning (standarddækning børn) (se punkt 15.0)

Begravelseshjælp – børn (standarddækning) (se punkt 16.0)

Forsikring ved visse kritiske sygdomme – børn (tilvalgsdækning børn) (se punkt 17.0)

3.0 Hvor dækker forsikringen?

- 3.1 Forsikringen dækker:
- Overalt i EU's medlemslande og i Norden, herunder Færøerne og Grønland.
 - Under rejser og midlertidigt ophold i den øvrige del af verden i indtil 1 år.
- 3.2 Hvis sikrede tager ophold uden for EU's medlemslande eller Norden, herunder Grønland og Færøerne, ophører dækningen efter 1 års ophold. Sikrede skal give selskabet besked, så snart sikrede ved, at opholdet varer længere end 1 år.

4.0 Hvad dækker forsikringen?

- 4.1 Forsikringen dækker skade, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde.

Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Eksempelvis er dagligdags bevægelser så som at bukke sig ned, at rejse sig op, at gå m.v. ikke et ulykkestilfælde.

For at få dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen – medicinsk set – er egnet til at forårsage personskaden, og om der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og de relevante symptomers indtræden.

- 4.2 Forsikringen dækker derudover skade, som er en direkte følge af:
- Forfrysninger, hedeslag, solstik og drukning.
 - Ildebefindende eller besvimelse, dvs. kortvarigt bevidsthedstab, hvor hovedårsagen ikke er sygdom.
 - Lægelig behandling af sikrede, der er nødvendiggjort af en skade, som i øvrigt er dækket af forsikringen.
 - Ovennævnte skadeårsager (a.-c.), der er sket under krig, borgerkrig, krigslignende forhold, oprør eller borgerlige uroligheder uden for Danmark, når skaden opstår senest 1 måned efter konfliktens udbrud, og sikrede ikke rejser til et land, hvor konflikten er udbrudt, og sikrede ikke selv deltager aktivt i handlingerne.

5.0 Hvad dækker forsikringen ikke?

- 5.1 Forsikringen dækker ikke skade eller skadeforværring, som skyldes:
- Smitte med sygdomme, vira, bakterier, andre mikroorganismer o. lign., medmindre årsagen skyldes et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0.
 - Sikredes bestående eller tilfældigt tilstødende sygdom samt udløsning af skjulte sygdomsanlæg.

- c. Forværring som følge af sikredes bestående sygdom og sygdomsanlæg.
- d. Sikredes bestående varige mén.
- e. Følger af lægelig behandling af sikrede, som ikke er nødvendiggjort af en skade, der er dækket af forsikringen.
- f. Sikredes deltagelse i ekspeditioner og opdagelsesrejser.
- g. Krig, borgerkrig, krigslignende forhold, oprør eller borgerlige uroligheder i Danmark.
- h. Jordskælv eller andre naturkatastrofer i Danmark (herunder Færøerne eller Grønland).
- i. Udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling.
- j. Skader på mor eller barn i tilknytning til fødsel.
- k. Psykiske mén, hvor sikrede ikke selv har været direkte udsat for personskaade.
- l. Sikredes varige mén og behandlingsudgifter af andre legemsdele end dem, som er beskadigede ved ulykken, uanset om ulykken var årsag til overbelastning af disse andre legemsdele.
- m. Sikredes deltagelse i og træning af professionel eller halvprofessionel sport.

5.2 Forsikringen dækker ikke skade eller skadeforværring, som skyldes:

- a. Sikredes forsæt eller grove uagtsomhed.
- b. Sikredes deltagelse i slagsmål eller kriminelle handlinger.
- c. Sikredes selvforskyldt beruselse, herunder påvirkning af narkotika eller andre lignende stoffer.

Punkt 5.2 (a.-c.) finder anvendelse uanset forsikringstagerens eller sikredes sindstilstand eller tilregnelighed, da ulykkestilfældet skete.

5.3 Sikredes deltagelse i og træning af farlig sport, herunder:

- a. Hesteløb på bane (fx væddeløb, Military) og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- b. Boksning, karate, kampsport og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- c. Bjergbestigning, bjergklatring, rappelle samt aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- d. Faldskærmsudspring, bungyjump (elastikspring), drageflyvning/hangliding, dragesurfing/kitesurfing, parasailing, paragliding og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- e. Jetski, rafting, parkour og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- f. Dykning med anvendelse af særligt dykkerudstyr som trykflaske m.v. og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.
- g. Motorløb af enhver art, herunder fx rallies, speedway, gokartløb, motorcrossløb og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.

Orienterings-, præcisions- og økonomiløb samt rallies er dog dækket, hvis de lovligt bliver afholdt i Danmark uden for bane eller andet til formålet afspærret område.

- h. Racerbådsløb, racerbådssejlads og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.

i. Flyvning, herunder fx svæveflyvning, Ultra Light Flyvning, kunstflyvning og aktiviteter, der kan sidestilles hermed, medmindre sikrede er betalende passager.

j. Sikredes deltagelse i og træning af ekstremsport:

Det vil sige ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, der er sket som følge af sikredes deltagelse i eller udøvelse af ekstremsport. Som ekstremsport betragtes sportsgrene og aktiviteter, hvor risikoen for sikredes liv og færdsel må betragtes som højere end ved farlig sport, jf. punkt 5.3 (a.-i.) og punkt 8.0 (Farlig Sport), herunder fx fridykning og base jumping/wingsuit og aktiviteter, der kan sidestilles hermed.

5.4 Følgende er dog dækket:

Sikredes deltagelse i én enkelt begivenhed

Forsikringen dækker et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, der er sket under sikredes deltagelse i én enkelt begivenhed, hvori der indgår farlig sport, jf. punkt 5.3 (a.-i.), selvom sikrede ikke har tegnet tilvalgsdækningen Farlig Sport, jf. punkt 8.0.

Ved én enkelt begivenhed forstås et arrangement som fx teambuilding, firma-event, konference, polterabend, skolearrangement, fødselsdag, privat ferierejse, besøg i forlystelsespark o. lign., når sikrede deltager i aktiviteten én enkelt gang. Det er en betingelse for dækning, at sikredes deltagelse sker under professionel instruktion, hvor branche-, sikkerheds- og lovkrav er opfyldt.

Afsnit 2 – Dækninger

Forsikringen kan omfatte de dækninger, der fremgår nedenfor. Det fremgår af policen, hvilken/hvilke dækning(er) forsikringen omfatter.

6.0 Heltidsdækning

6.1 Forsikringen dækker et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, der sker i hele døgnet.

7.0 Fritidsdækning

7.1 Forsikringen dækker et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, der sker i fritiden.

7.2 Forsikringen dækker ikke skader, som:

- a. Er omfattet af den til enhver tid gældende "Lov om arbejdsskadesikring".
- b. Opstår under arbejde som selvstændig erhvervsdrivende.
- c. Opstår under militær-, hjemmeværns- og redningsberedskabstjeneste, eller i øvrigt er omfattet af den militære erstatningslov.

8.0 Farlig sport

8.1 Forsikringen dækker deltagelse i sport i fritiden, hvor branche-, sikkerheds- og lovkrav er opfyldt, når sikrede ikke deltager som instruktør eller mod vederlag, og hvor sikrede påføres skade, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde i forsikringstiden*, jf. punkt 4.0.

9.0 Varigt mén

9.1 Forsikringen dækker varigt mén, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, der fastsættes til 5 % eller derover. Skade på tænder er ikke dækket, medmindre der er tegnet tilvalgsdækningen "Tand- og tyggeskade", jf. punkt 12.0.

9.2 Méngraden fastsættes af selskabet med udgangspunkt i de procentsatser, der er fastsat i den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, således som denne er beskrevet på det tidspunkt, hvor méngraden fastsættes. Procentsatserne i méntabellen beror på en lægelig bedømmelse af skadens art og omfang og er uafhængig af skadens individuelle, erhvervsmæssige følger for sikrede.

9.3 Ved fastsættelse af méngraden foretages der fradrag for sikredes eventuelle forudbestående varige mén, sygdomme m.v.

9.4 Højeste méngrad for en skade er 100 %. Den samlede méngrad for flere skader kan heller ikke sammenlagt overstige 100 %.

9.5 Forsikringssummen fremgår af policen.

- 9.6 Erstatningen for méngraden udgør samme procent af forsikringssummen, som méngraden fastsættes til i procent. Når méngraden fastsættes til 30 % og derover fordobles erstatningen. Hvis et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, sker efter sikrede er fyldt 70 år, bortfalder den dobbelte erstatning, uanset om méngraden fastsættes til over 30 %.
- 9.7 Erstatning udbetales til sikrede. Erstatning til umyndige bliver udbetalt efter reglerne om umyndiges midler.
- 9.8 Hvis sikrede dør, inden erstatningen er udbetalt, kan erstatningen udbetales til boet efter sikrede under forudsætning af, at der er tilstrækkelig dokumentation til at fastsætte méngraden.
- 9.9 Sikrede skal efter anmodning lade sig undersøge af en læge, som selskabet udpeger. Selskabet betaler udgifterne til undersøgelse samt dertil knyttede transportudgifter, som er rimelige og nødvendige.

10.0 Dækning for behandlingsudgifter (standarddækning)

- 10.1 Kræver et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, lægeordineret behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, dækkes rimelige og nødvendige udgifterne hertil, i det omfang de ikke bliver betalt fra anden side, fx fra sygesikringen eller fra en anden ulykkes- eller sygeforsikring.
- 10.2 Andre former for behandling end fysioterapi og kiropraktik dækkes kun, hvis behandlingen er lægeordineret, har en helbredende effekt i forhold til den skete skade, og på forhånd er godkendt af selskabet. Alternativ behandling og behandling hos en psykolog dækkes ikke. Se dog afsnit 11 vedrørende dækning for Psykologisk Krisehjælp.
- 10.3 Udgifterne dækkes, indtil sikredes méngrad er endeligt fastsat. Der er dækning, uanset om méngraden fastsættes til under 5 %.

11.0 Psykologisk krisehjælp (standarddækning)

- 11.1 Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling hos psykolog som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0. Det er en betingelse for dækningen, at behandlingen er ordineret af en læge.
- 11.2 Forsikringen dækker behandling hos psykolog, indtil méngraden er fastsat, dog max. 10 behandlinger pr. ulykkestilfælde.
- 11.3 Forsikringen dækker de faktiske udgifter efter fradrag af tilskud fra det offentlige og/eller Sygesikringen Danmark/anden sygesikring.
- 11.4 Hvis du er berettiget til psykologisk krisehjælp fra andet sted, bortfalder denne dækning. Hvis du er dækket af flere forsikringer i PenSam, dækker den forsikring, der stiller dig bedst muligt.

12.0 Tand- og tyggeskader

- 12.1 Forsikringen dækker beskadigelse af tænder ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0.
- 12.2 Forsikringen dækker herudover beskadigelse af tænder, når skaden sker ved spisning/tygning. Erstatningen udgør 50 % af udgiften til tandbehandlingen. For opgørelse af erstatningen se punkt 12.3-12.5.
- 12.3 Forsikringen dækker beskadigelse af sikredes egne tænder samt tandproteser, jf. punkt 12.1 og 12.2, hvis skaden sker, mens protesen sidder i sikredes mund.
- 12.4 Der ydes erstatning for afholdte rimelige og nødvendige udgifter til behandling af skade, dog kun i det omfang udgifterne ikke bliver betalt fra anden side, fx fra sygesikringen eller fra en anden ulykkes- eller sygeforsikring.
- 12.5 Medmindre det er uopsætteligt nødvendigt straks at få udført tandbehandling, skal den forventede udgift forinden være skriftligt godkendt af selskabet.
- 12.6 Erstatningen sket ved beskadigelse af tænder ved et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0, kan nedsættes eller eventuelt helt bortfalde, hvis forudbestående rodbehandling, genopbygning, slitage, fæstetab, paradentose eller andre tilsvarende forhold har bevirket eller medvirket til skadens opståen og/eller har forøget skadens omfang.

13.0 Død

- 13.1 Ved skade forstås sikredes dødsfald, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde i forsikringstiden*. Der henvises til punkt 4.0.

I tilfælde af et dækningsberettiget ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0 og 5.0, udbetales den forsikringssum, der fremgår af policen.
- 13.2 Hvis den begivenhed, som medførte skaden, tidligere har udløst udbetaling fra forsikringen, nedsættes erstatningen dog med et beløb svarende hertil.
- 13.3 Erstatning udbetales til sikredes nærmeste pårørende, jf. forsikringsaftalelovens regler herom, medmindre andet er skriftligt aftalt med selskabet.
- 13.4 Er der ingen nærmeste pårørende i live ved sikredes død, udbetales forsikringssummen ikke.

14.0 Strakserstatning

- 14.1 Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker tilskadekomster, jf. punkt 14.3-14.7, der er en direkte følge af et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.0. Forsikringen dækker hele døgnet.
- 14.2 Skadedefinition og erstatningsprocent

Ved skade forstås kun de under punkt 14.3-14.7 nævnte tilskadekomster:

14.3 Ét eller flere lednære knoglebrud i følgende regioner:

Kategorier af legemsdele	Erstatningsprocent i alt ved ét eller flere lednære knoglebrud
Skulder, omfattende skulderblad og overarmsben, men ikke nøgleben	15
Albue, omfattende overarmsben, albueben og spoleben	15
Håndled, omfattende spoleben og albueben	15
Mellemhåndsknogle	10
Hofte, omfattende lårben og bækken	15
Knæ, omfattende knæskal, lårben og skinneben	15
Ankel, omfattende skinneben, lægben og springben	15
Mellemfodsknogle	10

14.4 Ét eller flere ikke-lednære brud på følgende knogler:

Kategorier af legemsdele	Erstatningsprocent i alt ved ét eller flere ikke-lednære knoglebrud
Bækken	15
Lårben	15
Skinneben	15
Springben	15
Hælben, hvis bruddet er sammentrykket	15
Spoleben og/eller albueben i samme side	15
Overarmsknogle	15

14.5 Ét eller flere brud på:

Kategorier af legemsdele	Erstatningsprocent i alt ved ét eller flere brud
Kranie- og/eller ansigtsknogler, der kræver operativt indgreb	15
Rygsøjlen	15

14.6 Amputation af:

Kategorier af legemsdele	Erstatningsprocent i alt
Arm i skulderled eller på overarm	65
Arm i albueled eller på underarm	60
Hånd i håndled	60
Pege-, lang-, ring- og lillefinger på samme hånd i grundleddene eller på grundstykkerne	25
Pege- og langfinger på samme hånd i grundleddene eller på grundstykkerne	15
Tommelfinger i mellemhåndsled eller på mellemhåndsstykke	30
Pege-, lang-, ring- eller lillefinger i grundled eller på grundstykke	10
Tommelfinger i grundled eller på grundstykke	20
Ben i hofteled	65
Ben på låret	50
Ben i knæled eller på underben	35
Fod over springben	25
Fod mellem tæernes grundled og springben	15
Øvrige amputationer	15

14.7 Anden tilskadekomst:

Kategorier af legemsdele	Erstatningsprocent i alt
Af hjerne og/eller hjernehinde, der kræver operativt indgreb	30
Af rygmarven, der medfører total lammelse af begge ben i mere end 5 dage	70
Af rygmarven, der medfører total lammelse af begge ben og arme i mere end 5 dage	100
I brystkassen, der kræver indsnit	15
I bughulen, der kræver indsnit med fjernelse af organer	20
Med total overskæring af midtnerve over håndled	20
Med total overskæring af albuenerve over håndled	20
Med total overskæring af spolebensnerve over håndled	20
Med total overskæring af ischiasnerve	50
Med total overskæring af lægbensnerve	15
Med total overskæring af lårbensnerve	20
Totalt overrevet achillessene	15
Totalt overrevet korsbånd	15
Med totalt tab af synet	100
Med totalt tab af synet på et øje	20

14.8 Beregning af erstatning

Forsikringssummen på strakserstatning fremgår af policen.

Skade erstattes med den erstatningsprocent af forsikringssummen, som den konkrete tilskadekomst berettiger til, jf. skemaerne i punkt 14.3-14.7.

Sikrede skal dokumentere tilskadekomsten og den skete skade således, at erstatningsprocenten kan vurderes af selskabet.

Eksempel på beregning af erstatning ved en erstatningsprocent på 15:

$$\frac{15 \times \text{forsikringssum}}{100} = \text{erstatningens størrelse}$$

- 14.9 Hvis knoglebrud, som nævnt under punkt 14.3-14.5, medfører amputation, som nævnt under punkt 14.6, ydes der erstatning med den højeste af de 2 procentsatser.
- 14.10 Hvis knoglebrud, som nævnt under punkt 14.3-14.5, medfører anden tilskadekomst, som nævnt under punkt 14.7, ydes der erstatning med den højeste af de 2 procentsatser.
- 14.11 Medfører samme ulykkestilfælde flere legemsbeskadigelser nævnt under en kategori i skemaerne under punkt 14.3-14.7, udgør erstatningen kun én gang den angivne erstatningsprocent.

Medfører samme ulykkestilfælde flere legemsbeskadigelser nævnt under forskellige kategorier i skemaerne under punkt 14.3-14.7, lægges erstatningsprocenterne for hver kategori sammen.

For samme ulykkestilfælde kan den samlede erstatningsprocent dog ikke overstige 100.

14.12 Udbetaling

Erstatningen udbetales til sikrede.

- 14.13 Retten til erstatning bortfalder, hvis sikrede dør inden der er gået 6 x 24 timer fra tilskadekomstens indtræden.
- 14.14 Sikrede skal efter anmodning lade sig undersøge af den læge, som selskabet udpeger. Selskabet betaler udgifterne til undersøgelse samt dertil knyttede transportudgifter, som er rimelige og nødvendige.
- 14.15 Hvis sikrede dør efter det i punkt 14.13 nævnte tidspunkt, men inden erstatningen er udbetalt, kan erstatningen udbetales til boet efter sikrede under forudsætning af, at der er tilstrækkelig dokumentation for tilskadekomsten og den skete skade, jf. punkt 14.8.

15.0 Forældredækning (standarddækning – børn)

Dækningen er omfattet af børneulykkesforsikringen som en standarddækning.

- 15.1 Foruden den ménerstatning, som udbetales til det sikrede barn efter reglerne om umyndiges midler, udbetales en særskilt erstatning til forsikringstagerens (værgens) rådighed, hvis den fastsatte mængde udgør 15 % eller derover. Erstatningens størrelse udgør 10 % af den fastsatte erstatning for varigt mén.

16.0 Begravelseshjælp (standarddækning – børn)

- 16.1 Begravelseshjælp er omfattet af børneulykkesforsikringen som en standarddækning.
- 16.2 Der ydes erstatning til dækning af begravelsesomkostninger i tilfælde af et sikret levende født barns død, hvis barnet er født efter 22. svangerskabsuge. Der ydes erstatning uanset dødsårsagen.
- 16.3 Erstatningen udgør 10.000 kr. Beløbet kan forhøjes til max. 25.000 kr., hvis der foreligger dokumentation for rimelige afholdte udgifter til begravelsen. Beløbet udbetales til forsikringstageren (værgen), og der foretages ikke fradrag ved udbetaling af offentlig begravelseshjælp. Beløbene indeksreguleres ikke.

17.0 Forsikring ved visse kritiske sygdomme – Børn (tilvalgsdækning – børn)

- 17.1 Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, der fremgår af punkt 17.10.
- 17.2 Hvis det sikrede barn får diagnosticeret en af de kritiske sygdomme, der fremgår af punkt 17.10, udbetales en forsikringssum på 101.925 kr. (indeks 2020). Forsikringssummen indekseres. Forsikringen dækker, når diagnosen er stillet efter det sikrede barns levende fødsel, og indtil barnet fylder 18 år.
- 17.3 Det er en betingelse for dækning, at forsikringen er i kraft på diagnosetidspunktet, og når karenperioden* er udløbet, jf. punkt 17.8, samt på det tidspunkt, hvor betingelserne for diagnosen er opfyldt (se punkt 17.10, diagnose A-H).
- 17.4 Når forsikringssummen er udbetalt én gang for en af de kritiske sygdomme nævnt i punkt 17.10, dækker forsikringen ikke længere den eller de diagnoser, hvor der er blevet udbetalt erstatning for kritisk sygdom på det sikrede barn.
- 17.5 Der kan ske udbetaling for en anden/ny diagnose, jf. punkt 17.10, hvis der er gået mindst 6 måneder imellem datoen for diagnosticeringen af de 2 diagnoser, der er stillet på det sikrede barn.
- 17.6 Udbetaling fra forsikringen kan først finde sted, når selskabet har modtaget dokumentation for, at betingelserne for dækningen er opfyldt.
- 17.7 Vurderingen af, om diagnosen opfylder betingelserne for dækningen, foretages af selskabet.
- 17.8 Karenperiode*

Forsikringen dækker ikke sygdomme, der er symptomgivende eller er diagnosticeret indenfor de første 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden.
- 17.9 Hvad dækker forsikringen ikke?

Forsikringen dækker ikke i følgende tilfælde:

 - a. Hvis en diagnose, jf. punkt 17.10, er diagnosticeret efter sikrede er fyldt 18 år.

- b. Hvis en diagnose, jf. punkt 17.10, først er anmeldt til selskabet efter sikredes død.
- c. Hvis sikrede tidligere har fået stillet samme eller tilsvarende diagnose som nævnt i punkt 17.10 inden forsikringen trådte i kraft eller indenfor karenperioden*. Det er uden betydning, hvornår sikrede selv har fået kendskab til diagnosen, ligesom det er uden betydning, om der er en sammenhæng mellem de 2 diagnoser.
- d. Hvis en ny diagnose, jf. punkt 17.10, er blevet stillet mindre end 6 måneder efter, at sikrede har fået stillet en anden diagnose efter punkt 17.10, som har medført udbetaling af Forsikring ved visse kritiske sygdomme. Når der er forløbet 6 måneder efter diagnosens dato, dækker forsikringen nye/andre diagnoser nævnt i punkt 17.10.
- e. Hvis sikrede tidligere har fået udbetalt Forsikring ved visse kritiske sygdomme fra selskabet på grund af samme eller tilsvarende diagnose, uanset om der er sammenhæng mellem diagnoserne.
- f. Hvis en diagnose, jf. punkt 17.10, er opstået som følge af fareforøgelse (udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter, aktiv deltagelse i krig, oprør eller lignende uden for Danmark og krig, borgerkrig og tilsvarende fareforøgelse i Danmark).
- g. Hvis en diagnose, jf. punkt 17.10, er opstået som følge af selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller andre giftstoffer.

17.10 Hvilke kritiske sygdomme er omfattet af forsikringen?

Forsikringen omfatter følgende kritiske sygdomme (A-H):

A. Kritiske kræftsygdomme

Ved kræft forstås ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser), herunder malignt melanom (modermærkekræft).

Endvidere dækkes:

- a. Leukæmi. Dog dækkes kronisk lymfatisk leukæmi kun, hvis sygdommen kræver "behandling"* (se definition nedenfor).
- b. Lymfeknudekræft (non-Hodgkins lymfom alle stadier og Hodgkins sygdomstadiet II-IV).
- c. Prostatakræft fra stadie 6 (Gleason 6).
- d. Myelomatose, Solitært myelom, Essentiel trombocytose, Polycytæmia Vera, Myelofibrose og Myelodysplastisk syndrom, hvis sygdommene kræver "behandling"* (se definition nedenfor).

Følgende kræftsygdomme dækkes ikke:

- e. Alle former for hudkræft, herunder hudlymfomer og Kaposi sarkom. Dog dækkes modermærkekræft.
- f. Forstadier til kræft (fx dysplasi, carcinoma in situ og borderline tumorer).
- g. Godartede blærepapillomer.

- h. Hodgkins sygdom stadie I.
- i. Kronisk lymfatisk leukæmi, der ikke kræver "behandling"* (se definition nedenfor).
- j. Prostatakræft stadie 1-5 (Gleason 1-5).

Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse foretaget af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologi).

* Med "behandling" i forhold til diagnosen "Kritiske kræftsygdomme" forstås operation, behandling med cellegifte/kemoterapi, biologiske lægemidler, stråleterapi, stamcelle-/knoglemarvstransplantation og immunterapi.

B. Epilepsi

Diagnosen skal være stillet af speciallæge i neurologi.

C. Følger efter hjerne- eller hjernehindebetændelse

Vedvarende betydelige objektive neurologiske følger svarende til en méngrad på 15 % eller derover, jf. den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, efter infektion i hjerne, hjernenerverødder eller hjernehinder forårsaget af bakterier, vira, svampe eller andre mikroorganismer.

Infektionen skal være diagnosticeret i forsikringstiden*, og de neurologiske følger skal have været til stede i 6 måneder eller mere i forsikringstiden*, og diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller medicinsk afdeling ud fra:

- a. Påvisning af mikroorganismer i spinalvæsken eller blod, eller
- b. En spinalvæskeundersøgelse med påvisning af tydelig inflammatorisk reaktion (pleocytose), herunder forhøjet antal hvide blodlegemer og protein, eventuelt suppleret med CT/MR-skanning.

D. Følger efter Borreliainfektion (TBE) i nervesystemet efter flåtbid

Neuroborreliose som følge af flåtbid, der har medført vedvarende (perifere eller kranielle) betydelige objektive neurologiske følger svarende til en méngrad på 15 % eller derover, jf. den vejledende méntabel fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Infektionen skal være diagnosticeret i forsikringstiden*, og de neurologiske følger skal have været til stede i 6 måneder eller mere i forsikringstiden* og være bekræftet af en speciallæge i neuromedicin.

Diagnosen skal være stillet ud fra borrelia/TBE-specifikke antistoffer i spinalvæske eller blod.

E. Leddegigt (reumatoid artrit)

Kronisk inflammatorisk ledsygdom, som medfører ødelæggelse af led. Diagnose skal være stillet af relevant speciallæge (dog ikke en speciallæge i almen medicin).

F. Livstruende nyresvigt

Nyresvigt i en sværhedsgrad, så begge nyrer kronisk og uigenkaldeligt er holdt op med at fungere, hvilket har resulteret i, at enten peritoneal- eller hæmodialyse er iværksat eller, at sikrede er blevet optaget på venteliste til nyretransplantation.

G. Cystisk fibrose

Diagnosen skal være stillet af relevant speciallæge (dog ikke en speciallæge i almen medicin).

H. Calves-Legg-Perthes

Diagnosen skal være stillet af speciallæge i ortopædkirurgi.

17.11 Udbetaling af forsikringssummen

Forsikringssummen på 101.925 (indeks 2020) udbetales til værgen.

I tilfælde af værgens død udbetales erstatningen til det sikrede barn og anbringes i overensstemmelse med reglerne for anbringelse af umyndiges midler. Hvis det sikrede barn er fyldt 18 år på udbetalingstidspunktet, udbetales erstatningen til det sikrede barn.

Afsnit 3 – Generelt

18.0 Fortrydelsesfrist

- 18.1 Fortrydelsesfristen for en forsikring er 14 dage. Fristen regnes fra den dag, hvor forsikringstageren har fået forsikringsbetingelserne i hænde. Fristen regnes dog tidligst fra det tidspunkt, hvor forsikringstageren har modtaget besked om, at forsikringsaftalen er indgået (policen), hvis forsikringstageren har fået forsikringsbetingelserne i hænde før dette tidspunkt. Hvis forsikringstageren fx modtager policen mandag den 1., udløber fristen mandag den 15. Hvis fristen udløber på en helligdag, en søndag, en lørdag, grundlovsdagen den 5. juni eller den 24. eller 31. december, udskydes fristen til den følgende hverdag.

19.0 Hvordan fortrydes forsikringen?

- 19.1 Inden fortrydelsesfristens udløb skal forsikringstageren give selskabet skriftlig besked om (pr. post eller e-mail), at forsikringstageren har fortrudt aftalen. Gives beskeden pr. post, er det tilstrækkeligt, at brevet sendes inden fristens udløb.
- 19.2 Hvis forsikringstageren ønsker at fortryde forsikringsaftalen, skal beskeden om, at aftalen er fortrudt, sendes til:

PenSam Forsikring A/S
Jørgen Knudsens Vej 2
3520 Farum

Beskeden kan også sendes pr. mail til: forsikring@pensam.dk

20.0 Præmiens betaling

- 20.1 Præmien fastsættes efter den til enhver tid gældende tarif. Sammen med præmien opkræves skadesforsikringsafgiften.
- 20.2 Præmien forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og efterfølgende præmier forfalder med de intervaller/den frekvens, der fremgår af policen (månedligt, halvårligt eller helårligt).
- 20.3 Ændrer forsikringstageren betalingsadressen, skal selskabet straks underrettes.
- 20.4 Betales præmier ikke efter påkrav, fremsender selskabet et rykkerbrev. Dette brev indeholder oplysning om selskabets ret til at opsigte forsikringen.
- 20.5 Påkrav om betaling finder sted via e-Boks. Fremsendelse af giroindbetalingskort eller anden meddelelse om forfalden præmie anses for påkrav.
- 20.6 Forsikringstageren betaler alle udgifter ved opkrævningen.
- 20.7 Beløbene opkræves med angivelse af sidste rettidige betalingsdag. Betales det opkrævede beløb ikke rettidigt, opkræves et gebyr for hvert rykkerbrev, der må

udsendes. Herudover er selskabet berettiget til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven. Er forsikringen slettet på grund af restance, kan genoptagelse ske, hvis betingelserne i forsikringsaftaleloven er opfyldt.

20.8 Selskabet er tilsluttet BS, hvorigennem betaling af præmie m.v. kan foretages.

21.0 Ændring af forsikringspræmien efter det fyldte 65. år

21.1 Når forsikringstageren fylder 66 år, stiger forsikringspræmien med 10 %. Fra det fyldte 67. år indtil det fyldte 75. år stiger forsikringspræmien med 6 % årligt. Stigningerne gælder for dækningerne: Varigt mén, Død, Farlig sport og Tand- og tyggeskade.

21.2 Forsikringspræmien på "Strakserstatning" stiger i takt med sikredes alder og fremgår af skemaet nedenfor.

Alder	Præmie ved forsikringssum på 50.000 kr.	Præmie ved forsikringssum på 100.000 kr.	Præmie ved forsikringssum på 150.000 kr.
0-64	125 kr.	250 kr.	375 kr.
> 65	250 kr.	500 kr.	750 kr.

Præmiestigningerne nævnt i punkt 21.1 og 21.2 sker til den førstkomende fornyelsesdato (hovedforfald) efter, at sikrede er fyldt det angivne antal år.

22.0 Indeksregulering og afgifter

22.1 Hvis sikrede har krav på erstatning, beregnes den ud fra den indeksregulerede forsikringssum, der var gældende på det tidspunkt, hvor den begivenhed, som medførte skaden, indtrådte.

22.2 Dækningssummer og andre beløb nævnt i betingelserne og policen indeksreguleres ikke, medmindre andet er anført. Præmie og forsikringssum reguleres ved den årlige fornyelsesdato (hovedforfald). Denne dato fremgår af policen.

Indeksreguleringen sker i takt med ændringen i det lønindeks for den private sektor, som Danmarks Statistik offentliggør. Hvis udgivelsen af dette lønindeks ophører, kan selskabet fortsætte indeksreguleringen på grundlag af et andet indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

22.3 Skadeforsikringsafgiften og andre afgifter betales af forsikringstageren i henhold til regler herom.

23.0 Varighed og opsigelsesregler

- 23.1 Forsikringen er tegnet for en 1-årig periode og er fortløbende, indtil den af en af parterne opsiges skriftligt med mindst 1 måneds varsel til den årlige fornyelsesdato (hovedforfaldsdag).
- 23.2 Forsikringen har ikke et aldersudløb, men gælder indtil du eller selskabet opsiger forsikringen, jf. punkt 23.1.
- 23.3 Forsikringstageren kan opsige forsikringen med et varsel på løbende måned + én måned.
- 23.4 Efter enhver anmeldt skade – for hvilken der er tegnet forsikring – er såvel forsikringstageren som selskabet indtil 14 dage efter erstatningens betaling eller afvisning af skaden berettiget til skriftligt at opsige forsikringen med 14 dages varsel.
- 23.5 Hvis selskabet ønsker at foretage væsentlige ændringer i forsikringsbetingelser og præmier til ugunst ud over de ændringer, der følger af punkt 22.0, kan dette ske ved udløbet af en forsikringsperiode med mindst én (1) måneds varsel til den årlige fornyelsesdato (hovedforfaldsdag).

Hvis ændringen sker i forbindelse med en skade, gælder punkt 23.4.

24.0 Forsikringens personlige karakter

- 24.1 Rettigheder i henhold til forsikringen, herunder retten til udbetalinger fra selskabet, er for såvel sikrede som øvrige berettigede strengt personlige.
- 24.2 Der kan ikke ved overdragelse, pantsætning eller på anden måde rådes over rettigheder, som sikrede eller øvrige berettigede måtte have i selskabet.
- 24.3 Disse rettigheder kan heller ikke gøres til genstand for nogen art af retsforfølgning fra kreditorernes side.

25.0 Anmeldelse af skade eller diagnose

- 25.1 Skader eller diagnoser skal hurtigst muligt anmeldes skriftligt til selskabet. Anmeldelse kan ske på en skadeanmeldelse, der kan findes på hjemmesiden www.pensam/forsikring, eller kan fås ved at kontakte selskabet.

26.0 Forældelse

- 26.1 Krav om dækning forældes efter dansk rets regler om forældelse.

27.0 Genoptagelse af ulykkessager

- 27.1 Når en ulykkessag er afsluttet, kan den senere genoptages, hvis den sikrede anmoder herom. En genoptagelse af sagen kræver lægelig dokumentation for, at følgerne efter ulykken er blevet forværret efter sagens afslutning.

28.0 Forsikringstagers oplysningspligt

- 28.1 Sikrede og øvrige, der er berettiget til ydelser fra selskabet, er forpligtet til at afgive alle oplysninger, erklæringer, attester m.v., som selskabet skønner at være af betydning.
- 28.2 Selskabet betaler udgifter til attester, erklæringer og yderligere undersøgelser (fx speciallægeundersøgelser), som selskabet finder nødvendige for at kunne vurdere sagen. Undersøgelserne skal foregå i Danmark.
- 28.3 Forsikringstageren skal give selskabet besked i følgende tilfælde:
- Ved ændring af hoved- eller bibeskæftigelse.
 - Når forsikringstageren er studerende og studiet afsluttes.
 - Når forsikringstageren ophører med erhvervmæssig beskæftigelse i mere end 12 måneder eller overgår til efterløn, flexjob, førtids- eller folkepension.
 - Når forsikringstagerens ophold uden for EU's medlemslande eller Norden, herunder Grønland og Færøerne, varer længere end 1 år.
- 28.4 Hvis forsikringstageren har givet urigtige oplysning om beskæftigelse, eller ikke giver oplysning om ændret beskæftigelse m.v., jf. ovenfor i punkt 28.3, som har betydning for den fareklasse, forsikringen er tegnet i, nedsættes dækningen forholdsmæssigt i forhold til den præmie, der retteligt burde være blevet betalt.
- 28.5 Hvis forsikringstageren svigagtigt giver forkerte oplysninger eller fortier oplysninger, der har betydning for bedømmelsen af selskabets ansvar, kan retten til erstatning bortfalde helt eller delvist efter forsikringsaftalelovens regler herom.

29.0 Ulykkesforsikring(er) i andet selskab

- 29.1 Hvis der er tegnet ulykkesforsikring i flere selskaber med en samlet forsikringssum på mere end 5 mio. kr. på ulykkestidspunktet, nedsættes dækningen forholdsmæssigt, svarende til den andel som 5 mio. kr. udgør af de samlede tegnede forsikringssummer i alle selskaber. En eventuel forholdsmæssig nedsættelse af erstatningen sker uden præmiereduktion.

30.0 Lægebehandling

- 30.1 Sikrede skal være under nødvendig lægebehandling.

31.0 Hvilke lovregler gælder for forsikringen?

- 31.1 For forsikringen gælder i øvrigt dansk ret, herunder Lov om forsikringsaftaler.

32.0 Klager

- 32.1 Er der opstået uoverensstemmelse med selskabet om forsikringen, skal sikrede og andre berettigede altid først klage til selskabet.

- 32.2 Der er herefter mulighed for at kontakte selskabets klageansvarlige, hvis der fortsat er uenighed i sagen.
- 32.3 Selskabet er tilsluttet Ankenævnet for Forsikring, som kan behandle klager over forsikringen. Forsikringstageren kan hente klageskemaet på ankenævnets hjemmeside www.ankeforsikring.dk, eller kan få den ved at kontakte selskabet.
- 32.4 Forsikringstageren kan endeligt søge en uoverensstemmelse løst ved domstolene efter dansk ret.
- 32.5 Forsikringstageren kan finde hjælp til at klage i selskabets klagevejledning, der findes på hjemmesiden www.pensam.dk. Klagevejledningen kan også fås ved at kontakte selskabet.
- 32.6 Hvis forsikringstageren vil klage over selskabet, kan det herudover ske via EU's onlineplatform for forbrugerklager vedrørende online-transaktioner, som derefter sørger for at videresende din klage til Ankenævnet for Forsikring. Forsikringstageren kan finde EU's onlineplatform samt yderligere information her: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>
- 32.7 Forsikringstagere, som vil klage over den måde, som selskabet behandler personoplysninger på, kan klage til Datatilsynet.
- 32.8 Hvis der er uenighed om den fastsatte méngrad, kan sagen forelægges for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Både selskabet og forsikringstageren/sikrede kan forelægge sagen herfor. Den af parterne, der ønsker sagen forelagt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, betaler omkostningerne herved.

33.0 Gebyrer

- 33.1 Selskabet kan kræve et gebyr for betaling ved PBS (Nets), rykkere, inkasso m.v. Selskabet kan ændre gebyrer af økonomiske årsager, fx. med det formål at skabe bedre overensstemmelse mellem omkostningen ved den pågældende service og gebyret for samme. Selskabet kan af samme årsager indføre nye gebyrer.

34.0 Tilsyn

- 34.1 Selskabet er under tilsyn af Finanstilsynet, Århusgade 110, 2100 København Ø, tlf. 33 55 82 82, www.finanstilsynet.dk.

35.0 Ikrafttræden

- 35.1 Betingelserne er gældende fra 01.07.2020.

Ordforklaring *

Forsikringsperiode, forsikringstiden

Den periode, hvor forsikringen er i kraft.

Karensperiode

Karensperiode er en ventetid efter forsikrings- eller dækningens ikrafttræden, hvor forsikringen eller dækningen ikke gælder endnu.

PenSam Forsikring A/S
Jørgen Knudsens Vej 2
3520 Farum
Telefon 44 39 39 99
forsikring@pensam.dk
www.pensam.dk/forsikring

CVR-nr. 17 11 81 88
Hjemsted Farum

