



Forsikringsbetingelser for Enkeltulykkesforsikring

Indholdsfortegnelse for enkeltulykkesforsikring

1. Fællesbestemmelser
 - 1.1 Hvilke skader dækker forsikringen?
 - 1.2 Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?
 - 1.3 Hvilke skader er aldrig dækket under forsikringen?
 - 1.4 Hvilke forholdsregler skal iagttages ved skade?
 - 1.5 Hvordan beregnes erstatningen?
 - 1.6 Hvor dækker forsikringen?
 - 1.7 Hvornår dækker forsikringen?
 - 1.8 Hvornår skal præmie m.m. betales?
 - 1.9 Hvordan reguleres forsikringsydelse og præmie?
 - 1.10 Hvem kan disponere over forsikringen?
 - 1.11 Ophør af forsikringen
 - 1.12 Risikoforandring
 - 1.13 Uenighed om forsikringen
2. Fortrydelsesret
3. Dødsfaldsdækning
4. Invaliditetsdækning
5. Behandlingsudgifter

1. Fællesbestemmelser

I øvrigt er lov om forsikringsaftaler gældende.

1.1. Hvilke skader dækker forsikringen?

1.1.1. Forsikringens omfang:

Af din police fremgår det, hvilken dækning, du har ønsket.

De bestemmelser, der gælder særskilt for den enkelte dækning, er anført i forsikringsbetingelserne for disse.

1.2. Hvad forstås ved et ulykkestilfælde?

1.2.1. Som ulykkestilfælde betragtes:

- en pludselig hændelse
- der forårsager personskade

1.3. Hvilke skader er aldrig dækket under forsikringen?

1.3.1. Forsikringen dækker ikke:

Uanset tilskadekomnes sindstilstand på skadetidspunktet dækker forsikringen ikke:

- Skader, der er fremkaldt af tilskadekomne ved forsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Skader, der er forårsaget af tilskadekomne under selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika eller under en dertil svarende påvirkning.
- Skader, der skyldes forgiftninger som følge af indtagelse af mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.
- Skader, der skyldes smitte med virus, bakterier, andre mikroorganismer eller lignende.
- Skader, der overgår tilskadekomne som følge af deltagelse i slagsmål.
- Skader, der skyldes tilskadekomnes strafbare handlinger.
- Skader, der skyldes selvmordsforsøg.
- Skader, der sker under træning eller deltagelse i motorløb af enhver art, boksning og andre selvforsvars- og kampsportsgrene, bjergbestigning og rapelling, drageflyvning, kunstflyvning, paragliding, ultralight-flyvning, rafting og udøvelse af sportsgrene, som kan sidestilles hermed.
- Skader, der sker under træning eller deltagelse i professionel sport d.v.s. sport hvor løn, vederlag eller anden indkomst overstiger 34.133 kr. årligt (2011) indeksreguleret
- Skader, der skyldes udløsning af atomenergi under alle forhold, herunder krig.
- Skader, der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under

rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet, at der er tale om en konflikt uden stormagtsdeltagelse, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.

1.4. Hvilke forholdsregler skal iagttages ved skade?

1.4.1. Lægebehandling

Den tilskadekomne skal være under stadig behandling af en læge og følge dennes forskrifter.

Selskabet har ret til at indhente oplysninger hos enhver læge, lægelig institution eller andre, der behandler eller har behandlet den tilskadekomne, og til at lade denne undersøge af en læge valgt af selskabet.

Selskabet betaler de lægeattester, som forlanges i forbindelse med en skade.

1.4.2. Tandlægebehandling:

Ved tandskader skal behandling og pris godkendes af selskabet, inden en behandling påbegyndes, med mindre der er tale om akut nødbehandling.

1.4.3. Forsikringstiden:

Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde, når ulykkestilfældet er indtrådt i forsikringstiden.

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og ophørsdato.

Forsikringen dækker ikke følger, herunder forværring af følger, der viser sig senere end 5 år efter, at ulykkestilfældet er indtrådt eller sygdommen er diagnosticeret.

Omfatter forsikringen invaliditetsdækning dækker forsikringen invaliditet, der bliver lægeligt diagnosticeret i forsikringstiden, jf. dog de anførte karensbestemmelser, og som anmeldes til selskabet senest 3 måneder efter forsikringens ophørsdato.

1.4.4. Indsendelse af skadeanmeldelse.

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes skriftligt til selskabet.

Skader anmeldes på selskabets blanket, der kan rekvireres hos selskabet.

Hvis en skade har medført døden, skal selskabet oplyses om dette inden 48 timer, og selskabet er berettiget til at kræve obduktion, i de tilfælde hvor dødsårsagen ikke umiddelbart kan fastslås.

1.4.5. Forældelse af sikredes krav.

For dækning af skader gælder forsikringsaftalelovens almindelige bestemmelser, jf. dog bestemmelsen i pkt. 1.4.3, 3. og 4. afsnit.

1.4.6. Forældelse efter afvisning af erstatning.

Har selskabet afvist at betale erstatning, bortfalder sikredes krav, med mindre sikrede inden 6 måneder efter afvisningens modtagelse indbringer sagen for

Ankenævnet for Forsikring (se pkt. 1.13.3), voldgiftsret (se pkt. 1.13.2) eller for domstolene.

Fristen løber først fra det tidspunkt, hvor sikrede har modtaget skriftlig meddelelse herom fra selskabet. Meddelelsen vil indeholde oplysning om, hvornår fristen udløber, hvordan fristen afbrydes, og virkningen af at fristen ikke afbrydes.

1.5. Hvordan beregnes erstatningen?

- 1.5.1. Forsikringsydelse på skadetidspunktet.
Erstatningen beregnes på grundlag af forsikringsydelsens størrelse ved skadens indtræden, og efter de regler, der er anført under de enkelte dækninger.
- 1.5.2. Erstatning, hvis der er tegnet anden forsikring.
Forsikringens ydelser udbetales uafhængigt af eventuelle andre forsikringsydelser, der kommer til udbetaling som følge af den forsikredes tilskadekomst, med mindre andet særligt er bestemt i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger.

1.6. Hvor dækker forsikringen?

- 1.6.1. Ingen geografisk begrænsning.
Forsikringen dækker overalt i verden, med mindre andet særligt er aftalt, eller følger af bestemmelserne i pkt. 1.3.1 sidste afsnit.

1.7. Hvornår dækker forsikringen fra?

- 1.7.1. Forsikringens antagelse og ikrafttræden.

Selskabet bedømmer forsikringsbegæringen og afgør, om forsikringen kan antages på grundlag heraf.

Kan forsikringen ikke antages på grundlag af begæringen og de oplysninger, der er indsendt i forbindelse hermed, får den forsikringssøgende snarest muligt meddelelse om, hvilke supplerende oplysninger, der skal indsendes, og indenfor hvilken frist, indsendelse skal ske.

Kan selskabet antage forsikringen på grundlag af forsikringsbegæringen og rettidigt indsendte supplerende oplysninger, begynder selskabets ansvar fra det tidspunkt, hvor begæringen modtages af selskabet, med mindre et senere tidspunkt er aftalt.

Kan selskabet kun tilbyde at antage forsikringen på andre betingelser, får den forsikringssøgende tilbud om dette. Accepterer forsikringssøgende tilbudet indenfor den fastsatte frist, begynder selskabets ansvar fra accepten modtages af selskabet.

1.7.2. Heltidsulykkesforsikring

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.

Forsikringen dækker hele døgnet.

Selskabet skal straks have meddelelse ved:

- Enhver ændring af arten eller omfanget af forsikredes beskæftigelse.
- Ophør med erhvervmæssig beskæftigelse uanset årsagen til ophøret.

Forsikringen og præmien vil så blive tilpasset den nye beskæftigelse fra det tidspunkt, selskabet får meddelelse om ændringen.

Hvis ændringen i beskæftigelsen ikke er meddelt selskabet, og denne ville have medført en forhøjelse af præmien, vil forsikrede få erstatning svarende til forholdet mellem den præmie, der er betalt og den præmie, der skulle være betalt.

1.7.3. Fritidsulykkesforsikring

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.

Forsikringen dækker i fritiden.

Fritidsulykkesforsikring dækker ikke følger af ulykkestilfælde sket under arbejde for andre, det vil sige arbejde, der er omfattet af Lov om Arbejds-skadeforsikring, Lov om Værnepligtige m.fl. eller anden lov, der kan sidestilles hermed. Dog dækkes ulykkestilfælde som følge af forsøg på redning af menneskeliv, såfremt det sker i fritiden.

Fritidsulykkesforsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, hvis forsikrede har:

- arbejde som selvstændig erhvervsdrivende
- deltidsarbejde under 30 timer om ugen.

Selskabet skal straks have meddelelse hvis:

- Forsikrede overgår til at være selvstændig erhvervsdrivende og dermed ikke er omfattet af Lov om Arbejdsskade-forsikring.
- Den ugentlige arbejdstid ændres til mindre end 30 timer.
- Forsikrede er ophørt med at arbejde i mere end 12 måneder, herunder pension eller efterløn.

Forsikringen vil så blive ændret fra det tidspunkt, selskabet får meddelelsen.

Hvis ændringen ikke er meddelt selskabet, og denne ville have medført en forhøjelse af præmien, vil forsikrede få erstatning svarende til forholdet mellem den præmie, der er betalt og den præmie, der skulle være betalt.

1.8. Hvornår skal præmie m.m. betales?

- 1.8.1. Opkrævning, betaling m.m.
Første præmie skal betales, når forsikringen træder i kraft. De følgende præmier skal betales på de aftalte betalingsdatoer. Eventuelle afgifter til staten og ekspeditionsgebyrer skal betales sammen med præmien.

Selskabet sender inden betalingsdatoen en opkrævning på præmien, herunder evt. afgifter og gebyrer. Hvis du ikke betaler rettidigt, får du en påmindelse med oplysning om konsekvensen af at betale for sent. Selskabet har ret til at opkræve ekspeditionsgebyr og renter.

Selskabet kan i øvrigt kræve gebyr for at udskrive dokumenter (fx policer) og andre serviceydelser.

- 1.8.2. Manglende betaling.
Hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter den dato, der er angivet på påmindelsen, ophører forsikringens dækning.

1.9. Hvordan reguleres forsikringsydelse og præmie?

- 1.9.1. Forsikringen bliver indeksreguleret efter det summariske lønindeks, der udgives af Danmarks Statistik.

Der reguleres hvert år efter det forrige års offentliggjorte indeks. Regulering af forsikringssummer, erstatnings-, maksimums- og minimumsbeløb reguleres pr. 1. januar. Præmien reguleres ved forsikringens hovedforfaldsdato.

Hvis udgivelsen af det summariske lønindeks oplyses, har selskabet ret til at fortsætte indeksreguleringen efter et anden indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

- 1.9.2. Reguleringens ophør.
Forsikringstageren kan når som helst opsiges reguleringen.

1.10. Hvem kan disponere over forsikringen?

- 1.10.1. Dispositionsretten tilkommer forsikringstageren. Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere personer.

1.11. Ophør af forsikringen

- 1.11.1. Aldersophør.
Forsikringssummerne nedsættes til det halve ved første hovedforfalds dag efter det fyldte 70. år.
- 1.11.2. Opsigelse af forsikringen.
Forsikringen fornyes for 1 år ad gangen, med mindre den med en måneds varsel skriftligt opsiges af en af parterne til en hovedforfalds dag.

Du har også mulighed for at opsiges forsikringen med 30 dages varsel til udgangen af en kalendermåned mod betaling af et af selskabet fastsat gebyr.

Efter anmeldt skade er begge parter berettiget til inden for 14 dage efter erstatningens udbetaling eller selskabets eventuelle afvisning af skaden, at opsiges forsikringsaftalen med 14 dages varsel.

1.12. Risikoforandring

- 1.12.1. Ændring i beskæftigelse, sportsudøvelse m.m.
Forsikrede har pligt til at underrette selskabet, hvis der sker ændringer i det oplyste om nedennævnte forhold, hvorefter selskabet afgør om forsikringen kan fortsætte, og i så fald på hvilke vilkår:
- Kørsel som fører af motorcykel, scooter og 45-knallert.
 - Flyvning som fører af privatfly eller andre luftfartøjer.
 - Faldskærmsudspring.
 - Dykning med flaske.
 - Ændring i erhverv eller beskæftigelse, herunder også overgang mellem arbejde som lønmodtager og selvstændig erhvervsdrivende.
 - Ved tab af mindst 50% af arbejdsevnen, og/eller ved tilkendelse af offentlig førtidspension, af udelukkende helbredsmæssige årsager.

- 1.12.2. Undladelse af at anmelde risikoforandringer.
Hvis den forsikrede undlader at anmelde forhold, omtalt under pkt. 1.12.1, hæfter selskabet kun på de vilkår og i det omfang, selskabet ville have fortsat forsikringen mod den aftalte præmie.

1.13. Uenighed om forsikringen

- 1.13.1. Arbejdsskadestyrelsen
Hvis der er uenighed om den af selskabet fastsatte mængde, kan både forsikrede og selskabet forlange spørgsmålet om mængdens størrelse forelagt Arbejdsskadestyrelsen.

Arbejdsskadestyrelsens afgørelse er bindende for begge parter.

Den af partnerne, der ønsker spørgsmålet om mængden forelagt Arbejdsskadestyrelsen, betaler de omkostninger, der er forbundet med forelæggelsen, herunder udgifter til yderligere lægeerklæringer.

Ændrer Arbejdsskadestyrelsen den af selskabet fastsatte mængde til fordel for forsikrede, betales omkostningerne altid af selskabet.

- 1.13.2. Voldgift.
Hvis en af parterne forlanger det, skal invaliditetsgradens størrelse fastsættes endeligt ved voldgift.

Hver af parterne vælger en voldgiftsmand, som skal være læge.

Voldgiftsmændene vælger, inden de indleder sagen, en læge som opmand. I tilfælde af uoverensstemmelse mellem voldgiftsmændene, træder opmanden til og træffer en afgørelse inden for grænserne af de to voldgiftsmænds uoverensstemmelse.

Kan voldgiftsmændene ikke blive enige om en opmand, udpeges denne af formanden for Den almindelige Danske Lægeforening. Voldgiftsretten

bestemmer også, hvordan omkostningerne ved voldgiftssagen skal afholdes.

1.13.3. Ankenævn.

Bliver du og selskabet uenige om forsikringsforholdet, eller en skade du har anmeldt, og fører en fornyet henvendelse til selskabet ikke til enighed, kan du indbringe sagen for

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V

Telefon 33 15 89 00

Du skal klage på et særligt skema, som du kan få hos selskabet, Ankenævnet, Forbrugerrådet, de lokale forbrugerkontorer eller Forsikringsoplysningen.

2. **Fortrydelsesret.**

Du kan fortryde den indgåede aftale efter forsikringsaftalelovens § 34 i.

Fortrydelsesfristen.

Fortrydelsesfristen er 14 dage. Fristen regnes som udgangspunkt fra den dag, du har indgået aftalen, f.eks. skrevet under på kontrakten.

Du har efter forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og forsikringsydelsen. Fortrydelsesfristen løber ikke, før du har modtaget disse oplysninger på skrift (f.eks. på papir eller e-mail).

Hvis du f.eks. afgiver din bestilling/har fået underretning om aftalens indgåelse mandag den 1. og også har fået de nævnte oplysninger, har du frist til og med mandag den 15.

Har du først fået oplysningerne senere f.eks. onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente til den følgende hverdag.

Hvordan fortryder du?

Inden udløbet af fortrydelsesfristen skal du underrette forsikringsselskabet om, at du har fortrudt aftalen. Hvis du vil give denne underretning skriftligt - f.eks. pr. brev eller e-mail - skal du blot sende underretningen inden fristens udløb. Hvis du vil sikre dig bevis for, at du har fortrudt rettidigt, kan du f.eks. sende brevet anbefalet og opbevare postkvittingen.

Underretning om, at du har fortrudt aftalen, skal gives til:

Sønderjysk Forsikring G/S
Ulkebøldam 1, 6400 Sønderborg,
Tlf. nr.: 74 42 75 00
Fax. nr.: 74 42 78 00
e-mail: info@soenderjysk.dk

3. Dødsfaldsdækning ved ulykkestilfælde

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.

For dødsfaldsdækningen gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne, jf. afsnit 1, i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

3.1. Hvem er dækket?

- 3.1.1. Begunstigelsesbestemmelser
Forsikringssummen udbetales til den, forsikrings-tageren har indsat som begunstiget ved forsik-ringens tegning eller senere skriftligt har anmeldt til selskabet som begunstiget. Er ingen begunstiget indsat, udbetales forsikringssummen til forsikrings-tagerens bo.

3.2. Hvad omfatter dødsfaldsdækningen?

- 3.2.1. Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 1.2, er direkte årsag til, at den tilskadekomne dør, inden der er gået et år efter ulykkesdagen, udbetales den fastsatte forsikringssum for dødsfaldet.

Hvis der er udbetalt erstatning for invaliditet for det samme ulykkestilfælde, fradrages dette beløb i udbetalingen.

3.3. Hvad omfatter dødsfaldsdækningen ikke?

Forsikringssummen udbetales ikke ved:

- 3.3.1. Dødsfald, der skyldes skader nævnt under pkt. 1.3 i fællesbestemmelserne.
- 3.3.2. Dødsfald, der har naturlige årsager, eller hvor årsagen til dødsfaldet er ukendt.
- 3.3.3. Dødsfald, når ulykkestilfældet skyldes sygdom (bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebe- findende).
- 3.3.4. Dødsfald, der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.
- 3.3.5. Dødsfald, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- 3.3.6. Dødsfald, som skyldes følger af lægelig behand- ling, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkes- tilfælde, der er dækket af forsikringen.
- 3.3.7. Dødsfald, som skyldes selvmord. Dog dækkes selvmord, hvis forsikringen uafbrudt har være i kraft i de seneste 2 år, eller hvis det må anses godtgjort, at forsikringen ikke er tegnet eller på ny sat i kraft med tanke på selvmord.

4. Invaliditetsdækning ved et ulykkestilfælde

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.

For invaliditetsdækningen gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne, jf. afsnit 1, i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

4.1. Hvem er dækket?

- 4.1.1. Forsikrede
Erstatningen tilfalder den tilskadekomne.

4.2. Hvad omfatter invaliditetsdækningen?

- 4.2.1. Ulykkestilfælde, der medfører mindst 5% medi- cinsk invaliditet.

Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 1.2, er direkte årsag til, at forsikredes medi- cinske invaliditet (= mén) fastsættes til mindst 5%, udbetales der erstatning.

Invaliditetsgraden fastsættes i overensstemmelse med den méntabel, som Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet med de begræns- ninger, der er anført nedenfor og i pkt. 4.3.

Hvis invaliditetsgraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsen's méntabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad efter tilsvarende principper, som er lagt til grund for méntabellen på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

I alle tilfælde fastsættes invaliditetsgraden på et rent medicinsk grundlag uden hensyntagen til en eventuel nedsættelse af erhvervsevne, tilskade- komnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

Erstatningen udgør den procent af forsikrings- summen, der svarer til den fastsatte invaliditets- grad.

En bestående invaliditet kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede. Ved skade på parvise organer medfører dette, at invaliditets- graden uanset forudbestående invaliditet fastsættes, som om der alene foreligger invaliditet på det senest beskadigede organ, medmindre andet fremgår af policen.

Invaliditetsgraden kan ikke overstige 100% for samme ulykkestilfælde.

Erstatningen fastsættes, så snart det må anses for sikkert, at ulykkestilfældet og lidelser, der er en følge heraf, ikke vil medføre døden, og tilskade- komnes tilstand i øvrigt må betragtes som stationær.

4.3. Hvad omfatter invaliditetsdækningen ikke?

Invaliditetserstatningen udbetales ikke for:

- 4.3.1. Invaliditet, der skyldes skader nævnt under pkt. 1.3 i fællesbestemmelserne.
- 4.3.2. Invaliditet, når ulykkestilfældet skyldes sygdom bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebefindende).
- 4.3.3. Invaliditet, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdoms anlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.
- 4.3.4. Invaliditet, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- 4.3.5. Invaliditet, der bestod før ulykkestilfældet, jvf. tillige pkt. 4.2.1.
- 4.3.6. Invaliditet i form af psykiske følger efter hændelser, hvor tilskadekomne ikke selv har været udsat for personskade.
- 4.3.7. Invaliditet, som skyldes følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

4.4. Tillægserstatning

- 4.4.1. Tillægserstatning fra 30% invaliditet.

For ulykkestilfælde, som medfører en invaliditetsgrad på 30% eller derover, og som rammer personer, der ikke er fyldt 60 år, udbetales en tillægserstatning på lige så mange procent af invaliditetserstatningen, som invaliditetsgraden udgør.
- 4.4.2. Nedsættelse fra det 50. år.

Fra det fyldte 50. år nedsættes denne tillægserstatning med 10% pr. år, således at tillægserstatningen helt bortfalder ved det fyldte 60. år.

4.5. Tandskadedækning ved ulykkestilfælde

Hvad omfatter tandskadedækningen?

Rimelige og nødvendige udgifter til tandskadebehandling.

- 4.5.1. Når et ulykkestilfælde, se fællesbestemmelsernes pkt. 1.2, er direkte årsag til en tandskade, dækkes rimelige og nødvendige udgifter til tandbehandling i det omfang udgifterne ikke betales af anden vej, f.eks. fra den offentlige sygesikring eller arbejdsskadeforsikring.
- 4.5.2. Tandskadedækningen omfatter også aftagelige tandproteser, der beskadiges, når de sidder i munden, og ulykkestilfældet i øvrigt har medført anden legemsbeskadigelse.
- 4.5.3. Ved sygelige eller unormale forandringer i tænderne sker der kun betaling for den del af skaden, som ville være blevet en følge af ulykkes-

tilfældet, hvis disse forandringer ikke havde været tilstede.

- 4.5.4. Var tænderne eller protesens tilstand forringet inden ulykkestilfældet (f.eks. som følge af fyldninger, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller andre sygdomme) reduceres eller bortfalder erstatningen, svarende til forringelsens omfang, i forhold til velbevarede tænder eller proteser.
- 4.5.5. Medfører en tandskade behov for en tandbro, og viser det sig, at nabetænder til den beskadigede tand mangler eller er svækkede, kan erstatningen ikke overstige, hvad der havde været den nødvendige behandling, hvis nabetænder havde været intakte.
- 4.5.6. Ved skade på et broled i en bestående tandbro kan erstatningen ikke overstige, hvad der havde været den nødvendige behandling, hvis broledet i stedet havde været en intakt tand.
- 4.5.7. Når selskabet har betalt udgiften til tandbehandling, betragtes denne behandling som endelig, og der ydes ikke erstatning til en eventuel udskiftning på et senere tidspunkt.

4.6. Hvad omfatter tandskadedækningen ikke?

Tandskadeerstatningen udbetales ikke for:

- 4.6.1. Skader, der er nævnt under pkt. 1.3 i fællesbestemmelserne.
- 4.6.2. Tandbehandling, når ulykkestilfældet skyldes sygdom (bortset fra besvimelsestilfælde eller ildebefindende).
- 4.6.3. Tandbehandling, der skyldes sygdom og udløsning af latente sygdoms anlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.
- 4.6.4. Tandbehandling, der skyldes, at en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom forværrer følgerne af et ulykkestilfælde.
- 4.6.5. Tandskader herunder skader på proteser opstået ved tygning.
- 4.6.6. Tandbehandling, som skyldes følger af læge- eller tandlægebehandling, der ikke er nødvendiggjort af et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

5. Behandlingsudgifter

Det fremgår af policen, om dækningen er valgt.
For behandlingsudgifter gælder nedenstående betingelser samt fællesbestemmelserne, jf. afsnit 1, i tilknytning til gældende lov om forsikringsaftaler.

5.1. Udgifter, der dækkes

- 5.1.1. I det omfang, den tilskadekomne ikke har ret til godtgørelse af udgifterne fra anden side, dækkes de udgifter, den tilskadekomne – som følge af et ulykkestilfælde omfattet af forsikringen – har afholdt til:

Rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, der efter lægelig vurdering har en helbredende effekt.

Den samlede godtgørelse af udgifterne er begrænset til 13.653 kr. pr. forsikringsbegivenhed indeksreguleret (2011).

Er forsikrede fyldt 70 år, udgør den samlede godtgørelse max. 6.827 kr. pr. forsikringsbegivenhed (2011)

Udgifterne betales indtil tilstanden lægeligt anses for stationær, dog maksimalt til méngraden er fastsat, dog aldrig længere end til 1 år efter ulykkesdagen.

5.2. Udgifter, der ikke dækkes

- 5.2.1. Udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykken, dækkes ikke.
- 5.2.2. Andre udgifter end de i pkt. 5.1.1 anførte, f.eks. udgifter til befordring, advokatbistand, lægebehandling, anden specialbehandling, medicin eller hjælpemidler af enhver art, f.eks. halskrave og støttebind, er ikke dækket af forsikringen.
- 5.2.3. Behandlingsudgifterne betales ikke for skader, der er nævnt under pkt. 1.3 i fællesbestemmelserne.