



Forsikringsbetingelser nr. 0906

Aftalegrundlag

Forsikringsaftalen med Tryg udgøres af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne.

For forsikringen gælder desuden dansk lovgivning, herunder Lov om finansiel virksomhed og Lov om forsikringsaftaler, i det omfang sidstnævnte ikke er fraveget.

Vi anbefaler, at du læser forsikringsbetingelserne igennem, inden du eventuelt får brug for forsikringen.

Indhold	Side	Indhold	Side
1. Hvis du får brug for din forsikring	2	5. Hvad forsikringen ikke dækker	8
2. Hvem og hvornår dækker forsikringen?	3	6. Generelle betingelser	9
3. Grunddækning	3	7. Fællesbetingelser	10
4. Øvrige dækninger	6	8. Fortrydelsesret	12

Sådan bruger du Sundhedsforsikringen:

1. Gå til egen læge og få en henvisning
2. Kontakt Tryg på 70 11 20 20 eller sundhedsafdelingen@tryg.dk
3. Bliv undersøgt/behandlet efter tilsagn fra Tryg
4. God bedring



1. Hvis du får brug for din forsikring

1.1 Lægehenvi sning

Du skal altid have en lægehenvi sning fra din egen læge, medmindre der står andet i betingelserne, før behandlingen er dækket af forsikringen.

1.2 Akut behandling er ikke dækket

Udgifter til akut behandling er ikke dækket af denne forsikring. Har du brug for akut behandling, herunder skadestue, ambulance og privat vagtlæge, skal du derfor kontakte din egen læge eller vagtlægen i din region.

1.3 Behandlingsbehovet

Behovet for behandling afgøres af din egen læge/relevant speciallæge eventuelt i samråd med vores lægeteam.

1.4 Behandlingsmetoden

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.

Vi godkender kun behandling, der sker efter metoder med dokumenteret effekt, og som er anerkendt af de offentlige myndigheder i de lande, hvor behandlingen finder sted. Endelig er det en betingelse, at der skal være overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller udbedre skaden.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsmetoden, kan vi afvise dækning.

1.5 Behandlingsstedet

Vi anviser et behandlingssted inden for vores kvalitetssikrede netværk.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt eller behandlet. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at behandlingsstedet har fået autorisation af de relevante offentlige myndigheder.

Hvis det er muligt og hensigtsmæssigt, anviser vi inden 10 arbejdsdage, fra vi har godkendt behandlingen, en behandler/behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk.

Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

1.6 Vi dækker i følgende lande

Forsikringen dækker udgifter til behandling i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Valg af behandling sted sker efter aftale med os, jf. punkt 1.5.

Behandling på Grønland eller Færøerne er aldrig dækket.

1.7 Oplysninger mv. til brug for udbetaling

Vi betaler udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger.

Ved behandling på privathospital/privat klinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

1.8 Erstatningen

Udgifterne til behandling er dine faktiske udgifter.

Vi forbeholder os ret til at modregne tilskud fra Sygesikringen Danmark og/eller tilskud fra Den Offentlige Sygesikring, som du eventuelt har ret til.

1.9 Vi skal have besked om ændringer i behandlingen

Vi skal straks orienteres, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os. Hvis det ikke sker, forbeholder vi os ret til at afvise dækning.

1.10 Betalingsgaranti

Vi kan stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

1.11 Udeblivelse fra behandling

Vi betaler ikke for undersøgelse eller behandling, som du udebliver fra. Det gælder uanset årsagen til udeblivelsen.

1.12 Rejser mv.

Ved skader eller sygdomme opstået på rejser eller ophold i udlandet dækkes behandlingen først ved hjemkomst til Danmark.

2. Hvem og hvornår dækker forsikringen?

2.1

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt på forsikringsaftalen (policen).

2.2

Er forsikringen købt som en individuel forsikring til vores individuelle pris, skal du være under 60 år, når din forsikring træder i kraft.

Er der tale om en videreførelse af en af vores sundhedsforsikringer, kan indtræden i den individuelle sundhedsforsikring ske senest ved dit fyldte 70 år. Dette skal ske uden ophold.

2.3

Er forsikringen købt som en fordelsaftale aftale, eller har du købt din forsikring som ægtefælle/samlever til en person, der er dækket under en kollektiv ordning, skal du være under 60 år, når din forsikring træder i kraft.

2.4

Hvis der er medforsikrede børn under 21 år skal det være dine eller din ægtefælle/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn.

Pleje-/stedbørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som dig.

Medforsikrede børn er børn til den/de forsikrede, som er dækket under en kollektiv sundhedsforsikring eller dennes ægtefælle/samlever.

2.5

Du skal have folkeregisteradresse i Danmark, og være omfattet af landets sygesikringsordning.

Hvis du bor i Grønland eller på Færøerne, er du ikke omfattet af forsikringen. Det gælder, selv om du har folkeregisteradresse i Danmark.

2.6

Forsikringen træder i kraft den dag, vi har godkendt tilmeldingen, eller på den senere dato, som står på forsikringsaftalen (policen)/dækningsoversigten.

Kommer du til skade, efter at du er blevet omfattet af forsikringen, dækker forsikringen med det samme.

For sygdomme gælder, at du tidligst kan blive undersøgt/behandlet, når forsikringen har været i kraft i 2 måneder.

3. Grunddækning

3.1 Sygdom og følger af skade

I forbindelse med behandling af sygdom og følger af, at du er kommet til skade, dækker vi dine udgifter til undersøgelser, behandlinger, medicin samt ophold og forplejning på privathospital/privatklinik, som beskrevet i de følgende punkter.

Det er en betingelse for dækning, at udgifterne ligger på et niveau, der efter vores vurdering svarer til niveauet i det område eller land, hvor du bliver behandlet. Hvis det ikke er tilfældet, kan vi nedsætte erstatningen.

Nyopståede sygdomme og følger af skader, som opstår, når forsikringen er trådt i kraft, er dækket, se dog punkt 2.6.

Sygdomme/gener og følger af skader, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft, og som du kender til eller burde kende til, er dækket, når forsikringen har været i kraft i 2 år.

Denne bestemmelse gælder for alle de følgende dækninger, med undtagelse af punkt 3.1.1 Kroniske sygdomme.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

3.1.1 Kroniske sygdomme

I op til 3 måneder efter diagnosticering dækker forsikringen behandling af kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Vi dækker medicin eller anden relevant behandling på privathospital/privat klinik, hvis vi vurderer, at behandlingen væsentligt og varigt kan forbedre din helbredstilstand. Vi træffer vores afgørelse evt. i samråd med relevant speciallæge.

Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, som er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen er trådt i kraft.

Ved **kroniske sygdomme** forstås vi sygdomme, som læger vurderer som vedvarende, og som derfor ikke kan kureres. Af kroniske sygdomme kan bl.a. nævnes: diabetes type 1, dissemineret sclerose, leddegigt, Morbus Crohn, psoriasis og lignende sygdomme.

3.1.2 Følgesygdomme til kroniske lidelser

Lidelser diagnosticeret efter forsikringen er trådt i kraft, og som opstår som en direkte følge af en kronisk sygdom, er omfattet af denne forsikring, når vi vurderer, at behandlingen kan forbedre din helbredstilstand væsentligt og varigt. Vi træffer vores afgørelse evt. efter samråd med en relevant speciallæge.

For følgesygdomme til en kronisk lidelse der er diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft, gælder der en karenstid på 2 år.

3.1.3 Kræft

Forsikringen dækker undersøgelse og operation af kræftsygdomme på privathospital i Danmark, når diagnosen stilles efter forsikringen er trådt i kraft.

Ved behandling af kræftsygdomme, der indgår som et samlet forløb i det offentlige (pakkeforløb), skal det offentlige tilbud anvendes.

Efter samråd med vores lægeteam kan der i visse tilfælde tilbydes behandling på privathospital i den øvrige del af Norden og Tyskland.

3.1.4 Undersøgelser

Forsikringen dækker rimelige udgifter til de undersøgelser, som er nødvendige for at stille en diagnose.

3.1.5 Second opinion

Står du i en situation, hvor du skal tage en særlig vanskelig medicinsk beslutning, kan du i visse tilfælde få dækket udgifterne til én yderligere medicinsk vurdering af en relevant speciallæge, hvis:

- du har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade

og/eller

- du skal gennemgå en særlig risikofyldt behandling, dvs. at behandlingen i sig selv kan være livstruende eller kan give alvorlige varige følger ud over den sygdom/skade, som du bliver behandlet for.

3.1.6 Behandlinger

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

Forsikringen dækker medicin under indlæggelse på privathospital/privat klinik.

Vi dækker ikke kosmetiske og forebyggende behandlinger. Dette anser vi ikke for at være behandling af en sygdom. Dog dækker vi kosmetiske operationer og behandlinger, der er medicinsk betingede og godkendt af Den Offentlige Sygesikring. Vi dækker også rekonstruktion af bryst efter fjernelse af tumor og behandling af direkte følger af skader.

En operation eller behandling er medicinsk betinget, når behandling eller operationen med overvejende sandsynlighed væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller skaden.

3.1.7 Tandbehandling pga. sygdom

Forsikringen dækker tandbehandling, som er ordineret af relevant speciallæge, når der er sket en skade på dine tænder på grund af behandling af en dækningsberettiget sygdom.

Forsikringen dækker udgifter op til 15.000 kr. pr. sygdom.

3.1.8 Efterkontrol

Forsikringen dækker ambulante efterkontrol i forbindelse med behandling på privathospital/privat klinik. Kontrollen skal være ordineret af en relevant speciallæge. Vi dækker ikke gentagende kontroller.

3.1.9 Genoptræning

Forsikringen dækker genoptræning, der er ordineret af en relevant speciallæge, direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation, i op til 6 måneder pr. sygdom eller skade, når genoptræningen er nødvendig for den aktuelle behandling.

Genoptræning dækker primært fysioterapi, ergoterapi eller talepædagogik, som foretages af faguddannet personale, der er anerkendt af offentlige myndigheder.

3.1.10 Ophold og forplejning

Forsikringen dækker dine udgifter til ophold og forplejning på behandlingsstedet i forbindelse med dækket behandling på privathospital/privatklinik.

3.1.11 Hjælpemidler

Forsikringen dækker personlige hjælpemidler i op til 6 måneder. Det er en betingelse for vores dækning, at hjælpemidlet er ordineret af relevant speciallæge, og at det kan erstatte en operation eller er nødvendig i forbindelse med dækningsberettiget behandling på privathospital/privatklinik.

3.1.12 Sygetransport (liggende)

I forbindelse med dækningsberettiget operation på privathospital/privatklinik, dækker forsikringen liggende sygetransport mellem hjemmet og behandlingsstedet, når det er ordineret af relevant speciallæge, og du ikke kan transporteres i bil, evt. som passager, med offentlig transport eller lignende.

Transporten skal godkendes af os. Udgifter til taxa er ikke dækket.

3.1.13 Psykiatrisk behandling

Forsikringen dækker lægeordineret psykiatrisk konsultation.

Vi dækker op til 12 konsultationer hos psykiater pr. sygdom eller skade. Vi dækker dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal af sygdomme eller skader.

3.1.14 Krisehjælp

Forsikringen dækker krisehjælp med op til 5 timer, når du har fået en akut psykisk krise pga.:

- dødsfald hos nærtstående person. Ved nærtstående forstås din ægtefælle/samlever/kæreste, børn, svigerbørn, børnebørn, forældre, svigerforældre, bedsteforældre, søskende, svogre eller svigerinder,
- hvis du bliver udsat for røveri eller overfald,
- hvis du bliver udsat for en pludselig hændelse, hvor du har været i fare for alvorlig fysisk personskade

eller

- ved brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed.

Vi dækker også, hvis du bliver diagnosticeret med en alvorlig sygdom.

Vi anviser dig en behandler i vores kvalitetssikrede netværk, og anmeldelse skal derfor ske inden for 72 timer fra krisen er opstået.

3.1.15 Misbrug

Vi dækker afvænnning, ambulant eller under indlæggelse, der er ordineret af relevant speciallæge i forbindelse med misbrug af:

- alkohol
- receptpligtig medicin
- narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer)
- spil (diagnosticeret ludomani)

Behandling med antabus dækkes i op til 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, hvis behandlingen er ordineret af relevant speciallæge.

Forsikringen dækker udgifter for op til 100.000 kr., i den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Der gælder en karenstid på 6 måneder fra du indtræder i ordningen. Dette gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i punkt 6.4.

3.1.16 Smerteudredning

Forsikringen dækker udredning af vedvarende smerte på tværfaglig smerteklinik. Udredning af smerter i forbindelse med kræft skal foregå i offentligt regi.

Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker udgifter for op til 15.000 kr. pr. sygdom eller skade.

3.1.17 Allergiudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose. Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge

Forsikringen dækker udgifter op til 5.000 kr. pr. sygdom.

4. Øvrige dækninger

Det fremgår af forsikringsaftalen (policen)/dækningsoversigten, om du ud over Grunddækningen også er omfattet af en eller flere af følgende dækninger:

For alle dækninger beskrevet her gælder også punkt 3.1. Vi henviser derfor til dette punkt.

4.1 Fysiske behandlinger

Forsikringen er udvidet til at dække:

- Lægeordineret fysioterapi. Vi kan stille som betingelse for vores dækning, at behandleren har overenskomst med sygesikringen (ydernummer).
- Kiropraktik. Vi kan stille som betingelse for vores dækning, at behandleren har overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Lægehenvi sning er ikke påkrævet.
- Lægeanbefalet akupunktur. Forsikringen dækker behandling udført af autoriseret sundhedsfagligt personale eller af akupunktører, der er godkendt som "Registrerede Alternative Behandlere" (RAB-godkendt).

- Lægeanbefalet zoneterapi. Forsikringen dækker behandling udført af zoneterapeuter, der er godkendt "Registrerede Alternative Behandlere" (RAB-godkendte).

Forsikringen dækker samlet op til 12 fysioterapi-, kiropraktik-, akupunktur- eller zoneterapibehandlinger pr. sygdom eller skade. Dog altid højst 12 behandlinger i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal sygdomme eller skader.

Efter sidste behandling for en anmeldt sygdom eller skade, skal du være symptomfri i 12 måneder, før ny behandling for samme sygdom eller skade er dækket.

Vi dækker ikke weekend- og aftentillæg mv.

4.2 Psykologhjælp

Forsikringen er udvidet til at dække psykologbehandling.

Det er en forudsætning, at du har fået en henvisning eller anbefaling fra din egen læge.

Forsikringen dækker op til 12 konsultationer hos psykolog pr. sygdom eller skade. Dog altid højst 12 konsultationer i en periode på 12 sammenhængende måneder regnet fra første behandling, uanset antal sygdomme eller skader.

Efter sidste behandling for en anmeldt sygdom eller skade skal du være symptomfri i 12 måneder, før ny behandling for samme sygdom eller skade er dækket.

Vi kan stille som betingelse for vores dækning, at behandleren har overenskomst med sygesikringen (ydernummer).

Vi dækker ikke weekend- og aftentillæg mv.

Når du lægger ud for behandling:

1. Behandlingsforløbet skal være godkendt af Tryg
2. Saml regningerne for hele behandlingsforløbet og send originalregningerne til os, når behandlingsforløbet er afsluttet og inden 3 måneder
3. Husk at angive dit cpr.-nr. og dit kontonummer, så vi kan overføre til din bankkonto



4.3 Udvidet hjælp

Forsikringen er udvidet til at dække:

4.3.1 Sygeplejerske

Sygeplejerske i hjemmet, når det er ordineret af relevant speciallæge og ordinationen sker direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Vi dækker, hvis servicen bliver ydet af en leverandør, som ligger tæt på din bopæl.

Forsikringen dækker op til 12 timer pr. sygdom eller skade, og det er et krav, at vi godkender udgifterne, før du indgår aftalen med leverandøren.

4.3.2 Hjemmehjælp

Hjemmehjælp, når den er ordineret af relevant speciallæge, og ordinationen sker direkte efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Vi dækker, hvis servicen bliver ydet af en leverandør, som ligger tæt på din bopæl.

Forsikringen dækker op til 12 timer pr. sygdom eller skade, og det er et krav, at vi godkender udgifterne, før du indgår aftalen med leverandøren

4.3.3 Diætist

Forsikringen dækker:

- lægeanbefalet diætist i forbindelse med svær overvægt, hvor dit BMI (Body Mass Index) er højere end 35

eller

- som led i en dækningsberettiget behandling, der er ordineret af relevant speciallæge.

Vi dækker op til 5 konsultationer pr. sygdom eller skade.

4.3.4 Rekreation

Rekreationsophold ordineret af relevant speciallæge på offentligt godkendt institution i direkte forbindelse med dækningsberettiget behandling.

Forsikringen dækker med op til 50.000 kr. pr. sygdom eller skade. Dog højst op til 50.000 kr. om året regnet fra første rekreationsdag, uanset antal skader eller sygdomme.

4.3.5 Udgifter til transport

Transportudgifter i forbindelse med en dækket forundersøgelse, operation eller kontrol på privathospital/privatklinik. Vi dækker til og fra det godkendte behandlingssted, hvis der er mere end 100 km til behandlingsstedet fra din faste bopæl.

Vi dækker transportudgifterne efter statens laveste takst for kørsel eller billigst mulige offentlige transportmiddel.

Behandling skal så vidt som muligt ske tæt på din bopæl. Hvis du vælger at blive behandlet på et behandlingssted, som ligger længere væk end det, vi anbefaler, dækkes udgifter, som svarer til de transportudgifter, der ville have været til det behandlingssted, vi har anbefalet.

4.3.6 Udgifter for ledsager

Rimelige og nødvendige udgifter til transport for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik.

Vi dækker til og fra det godkendte behandlingssted, hvis der er mere end 100 km til behandlingsstedet fra din ledsagers faste bopæl. Transportudgifterne dækkes efter statens laveste takst for kørsel eller billigst mulige offentlige transportmiddel.

Er der valgt et behandlingssted, som ligger længere væk end det, vi anbefaler, dækkes udgifter, som svarer til de transportudgifter, der ville have været til det behandlingssted, vi har anbefalet.

Rimelige og nødvendige udgifter til logi dækkes for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik, der kræver mindst 4 overnatninger.

For børn under 21 år dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter til logi for 1 ledsager i forbindelse med dækket indlæggelse og behandling på privathospital/privatklinik, der kræver overnatning.

Det er os, som beslutter, hvornår det er rimeligt og nødvendigt, at logi dækkes for ledsageren.

4.3.7 Udgifter til medicin

Vi dækker medicin, som er ordineret af relevant speciallæge efter dækket indlæggelse eller operation på privathospital/privatklinik under denne forsikring i op til 6 sammenhængende måneder efter udskrivning.

5. Hvad forsikringen ikke dækker

5.1

Forsikringen dækker ikke:

5.1.1

Udgifter til konsultation og/eller behandling:

- hos alm. praktiserende læger.
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere.
- du selv udfører, eller som udføres af din ægtefælle/ samlever, dine forældre eller dine børn eller en virksomhed, der tilhører en af disse.

5.1.2

Udgifter til:

- Alle former for attester.
- Organtransplantation.
- Dialysebehandling.
- Alle former for fedmeoperationer.
- Synskorrekationer og behandling af skelen.
- Ophold på hospice.

5.1.3

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

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

5.1.4

Alle former for tandbehandling, herunder tandproteser og paradentosebehandling, er undtaget, medmindre behandlingen er omfattet af pkt. 3.1.7.

5.2

Forsikringen dækker ikke behandling af sygdom eller skader, der direkte eller indirekte skyldes:

5.2.1

- Legemsbeskadigelse, som du selv er skyld i
- beruselse, som du selv er skyld i
- eller grov uagtsomhed.

5.2.2

Udøvelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sport, du får betaling for. Sportsudøveren betragtes som professionel, når personen overvejende lever af sin sport.

5.2.3

Militærtjeneste.

5.2.4

Følger af krig, krigslignende handlinger, terrorisme, neutralitetskrænkelser, borgerkrig, oprør, borgerlige uroligheder, beslaglæggelse eller revolution.

Ved terrorisme forstås en handling, herunder – men ikke begrænset til – vold eller trussel om anvendelse af vold, der er foretaget af en eller flere personer, uanset om de handler på egen hånd eller i forbindelse med en eller flere organisationer og/eller myndigheder.

For at en handling kan karakteriseres som terrorisme, skal handlingen desuden være begået med politisk, religiøs, ideologisk eller etnisk formål eller begrundelse og have til hensigt at påvirke en regering og/eller sprede frygt i offentligheden eller dele af offentligheden.

5.2.5

Følger af atomkernereaktioner og radioaktivt henfald, uanset om sygdommen/tilskadecomsten sker i krigstid eller i fredstid.

Forsikringen dækker dog sygdom og skade, som skyldes eller sker i forbindelse med kernereaktioner, der bliver anvendt til sædvanligt industrielt, medicinsk eller videnskabeligt formål. Anvendelsen skal følge aktuelle forskrifter og ikke stå i forbindelse med reaktor- eller acceleratordrift.

5.2.6

Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

6. Generelle betingelser

6.1 Forsikringssum

6.1.1

Din maksimale dækning pr. forsikringsår står i din forsikringsaftale (police).

6.1.2

Hvis du bruger din maksimale dækning pr. forsikringsår, kan du ikke få yderligere dækning inden for det pågældende år.

6.1.3

Eventuelt medforsikrede børn under 21 år hører med under din maksimale dækning pr. forsikringsår, og du deler altså din dækningssum med dine børn.

Dine børn er medforsikret, når de fremgår af den samme police som din.

6.2 Forsikredes oplysningspligt

6.2.1

Du har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener, er nødvendige for at afgøre, om vi dækker behandling og omfanget af dækningen.

6.2.2

Vi har ret til at få oplyst navn, adresse og telefonnummer på hospital, læger og andre behandlere, der har eller vil få kendskab til dit helbred.

6.2.3

Efter dit forudgående samtykke, har vi ret til at søge oplysninger hos disse læger og behandlere og forelægge dem de oplysninger, som du har givet os.

6.2.4

Vi kan kun indhente yderligere lægelige oplysninger med dit skriftlige samtykke.

6.3 Forsikring i andet selskab

6.3.1

Har du købt en forsikring mod samme risiko i et andet forsikringsselskab, er der tale om dobbeltforsikring, og du skal anmelde sygdom eller tilskadekomst til begge selskaber.

6.3.2

Hvis det andet forsikringsselskab undtager eller indskrænker erstatningspligten, hvis du er dobbeltforsikret, gælder de samme undtagelser og indskrænkninger også for denne forsikring. Det vil betyde, at vi og det andet forsikringsselskab skal betale forholdsmæssig erstatning.

6.4 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab

6.4.1

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra eventuelle tidligere tilsvarende forsikringer.

Overtagelse af anciennitet kræver et ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den er opsagt hos dit tidligere forsikringsselskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en helt ny forsikring.

6.4.2

Hvis vi overtager anmeldte skader og sygdomme, hvor behandlingsforløbet ikke er planlagt, dækker vi efter vores betingelser.

Igangværende behandling hos tidligere forsikringsselskab, når forsikringen tegnes, er ikke dækket under denne forsikring.

6.4.3

Hvis vi overtager behandling af sygdom, har vi ret til at få indsigt i oplysninger hos det andet selskab.

6.5 Forsikringens ophør

6.5.1

Er forsikringen købt som en individuel forsikring til vores individuelle pris, ophører forsikringen ved udgangen af den måned, hvor du fylder 85 år.

Forsikringen ophører også, hvis du kommer på plejehjem eller en anden behandlingsinstitution, hvor du skal opholde dig varigt.

6.5.2

Er forsikringen købt på fordelsvilkår, gælder det, at forsikringen ophører, når ansættelsesforholdet (eller medlemskabet) ophører. Dog senest ved udløbet af den måned du fylder 70. år.

Du har i stedet mulighed for at videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår og til vores individuelle pris efter aftale med os.

Ønske om videreførelse skal ske inden eller direkte i forbindelse med udmeldelse af den hidtidige forsikring.

6.5.3

Er du forsikret som ægtefælle/samlever til en person, der er dækket under en kollektiv ordning, gælder det, at dækningen ophører, når denne person træder ud af den kollektive ordning, eller du fylder 70 år.

Du har i stedet mulighed for at videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår og til vores individuelle pris efter aftale med os.

6.5.4

Medforsikrede børn er omfattet af forsikringen indtil udgangen af den måned, barnet fylder 21 år, medmindre forsikringen er ophørt forinden.

Forsikringen kan herefter videreføres på vores individuelle vilkår til vores individuelle pris efter aftale med os.

6.5.5

Når forsikringen stopper, mister du samtidig retten til dækning. Sygdom, der er opstået og anmeldt i forsikringstiden, er dækket, i indtil 6 måneder efter at forsikringen er stoppet.

7. Fællesbetingelser

7.1 Betaling af forsikringen

7.1.1

Forsikringen skal betales, når den træder i kraft. Derefter skal forsikringen betales på de datoer, som står i forsikringsaftalen (policen). Sammen med betalingen for forsikringen opkræves eventuelle afgifter, fx stempelafgift, samt eventuelle gebyrer, strafrenter og andre omkostninger.

7.1.2

Vi sender regningen via Betalingsservice eller indbetalingskort. Forsikringstager betaler alle udgifter ved opkrævning og indbetaling. Vi sender regningen til den betalingsadresse, vi har fået oplyst. Hvis denne adresse ændres, skal vi straks have besked.

7.1.3

Hvis forsikringen ikke betales rettidigt, sender vi en rykker med oplysning om, at forsikringens dækning ophører, hvis regningen ikke betales senest 21 dage efter at rykkeren blev sendt.

7.1.4

Hvis det er nødvendigt at sende en rykker, har vi ret til at opkræve ekspeditionsgebyr, strafrenter og andre omkostninger. Vi har desuden ret til at opkræve ekspeditionsgebyr, gebyr for udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser, der svarer til vores omkostninger. Hvis disse omkostninger stiger, har vi ret til at hæve gebyrerne, så de svarer til de faktiske omkostninger.

7.2 Justering af pris

7.2.1

Prisen på forsikringen justeres i takt med udviklingen i 'Lønindekset for den private sektor' beregnet af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen af det, har vi ret til at bruge lignende indeks fra Danmarks Statistik.

7.2.2

Er forsikringen købt som en individuel forsikring til vores individuelle pris, forhøjes prisen efter vores individuelle tarif i takt med, at du bliver ældre. Forhøjelsen sker efter hvert af følgende intervaller: 0-20 år, 21-30 år, 31-40 år, 41-50 år, 51-60 år, 61-67 år og 68-75 år.

7.2.3

Forsikringssummer indeksreguleres, medmindre andet fremgår af forsikringsbetingelserne eller forsikringsaftalen/dækningsoversigten. Indeksreguleringen sker pr. 1. januar.

Beregningsgrundlaget for indeksreguleringen er januar kvartal 2008.

7.2.4

Prisen bliver justeret en gang om året på forsikringens første forfaldsdato i forsikringsåret.

7.3 Forsikringens varighed og opsigelse

7.3.1

Forsikringen er købt for en periode på 1 år og forlænges løbende for yderligere et år ad gangen.

7.3.2

Både forsikringstageren og vi kan opsiges forsikringen skriftligt, senest 1 måned før forsikringsperioden udløber.

7.3.3

Mod et mindre gebyr kan forsikringstageren vælge at opsiges forsikringen med 30 dages varsel til udløb af en kalendermåned. Opsiges forsikringen inden for det første forsikringsår, opkræves et supplerende gebyr.

7.3.4

Når en skade er konstateret, kan både forsikringstageren og vi opsiges forsikringen med 14 dages varsel. Dette skal ske, senest 1 måned efter at erstatningen er udbetalt, eller skaden er afvist.

7.4 Ændring af forsikringsbetingelser og pris

7.4.1

Vi kan med 1 måneds varsel til en forfaldsdato ændre betingelserne og/eller prisen for denne forsikring, hvis vores priser eller forsikringsbetingelser ændres for forsikringer af samme art.

7.4.2

Ændringer som følge af indeksreguleringer eller lovmæssige bestemmelser betragtes ikke som en ændring i prisen og kan derfor ske uden varsel.

7.5 Tilsyn og garantifond

Finanstilsynet fører tilsyn med os.

Vi er desuden tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

7.6 Klagemulighed

Er du ikke enig i vores afgørelse, så kontakt den afdeling, der har behandlet din forsikringssag.

Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du kontakte Kvalitetsafdelingen, som er den afdeling hos os, der har ansvar for klager.

Adressen er:

Tryg
Postkode J22
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup
Telefon: 44 20 42 91
E-mail: Kvalitet@tryg.dk

Fører henvendelsen til Kvalitetsafdelingen ikke til et resultat, du er tilfreds med, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Tlf. 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

En klage til Ankenævnet skal sendes på et specielt skema, som du kan få i vores Kvalitetsafdeling eller hos Ankenævnet. Det koster et mindre beløb at klage til Ankenævnet.

Hvis uenigheder om forsikringsaftalen bringes for retten, afgøres uenighederne efter dansk ret ved danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

8. Fortrydelsesret

FORTRYDELSESRET

Gælder alene for private forbrugerforsikringer.

Du har ret til at fortryde dit køb af private forsikringer, men fortrydelsesretten er afhængig af 3 forskellige situationer:

- Du har mødt vores repræsentant, da du købte din forsikring
- Du har ikke mødt vores repræsentant fysisk, da du købte din forsikring (fjernsalg)
- Din forsikring er blevet ændret, og du har derfor ret til at fortryde ændringen

Du kan evt. læse mere om fortrydelsesretten i Lov om forsikringsaftaler § 34i og 34e.

FORTRYDELSESFRIST

Fortrydelsesfristen er altid 14 dage, og fristens begyndelse afhænger af, hvordan aftalen er indgået, punkt 1-3:

- 1 / Har du mødt vores repræsentant, da du købte forsikringen, starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du har købt forsikringen
 - b Eller fra den dag, du har fået tydelig skriftlig besked om fortrydelsesretten
- 2 / Ved fjernsalg starter fristen på det seneste af følgende tidspunkter:
 - a Fra den dag, du har fået besked om, at du købt forsikringen
 - b Når du har fået de oplysninger, vi har pligt til at give dig enten på papir eller pr. mail
- 3 / Fristen ved ændringer følger reglerne, der er beskrevet under 1 og 2. Du skal være opmærksom på, at det alene er ændringen ved en udvidelse af dækningen, der kan fortrydes

Fristen på 14 dage beregnes således: Hvis du fx køber din forsikring mandag den 1. og først har modtaget oplysningerne onsdag den 3., har du frist til og med onsdag den 17.

Hvis fortrydelsesfristen udløber på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

HVORDAN FORTRYDER DU

Inden fortrydelsesfristen udløber, skal du give os besked om, at du har fortrudt dit køb. Du kan give os besked enten pr. brev eller e-mail. Hvis du vil have bevis for, at du har sendt beskeden, inden fristen udløber, kan du sende et anbefalet brev og gemme kvitteringen. Du skal sende besked om, at du har fortrudt købet til:

Tryg

Klausdalsbrovej 601

2750 Ballerup

E-mail: tryg@tryg.dk

HVIS DU FORTRYDER

Hvis du fortryder dit køb af forsikring, bliver købet ophævet, og du skal ikke betale noget for forsikringen. Det betyder også, at hvis der sker en skade i perioden fra du har købt forsikringen, til du fortryder, så er skaden ikke dækket af forsikringen.

Har du købt forsikringen ved fjernsalg, kan du ophæve købet, hvis du ikke har fået de øvrige relevante oplysninger fra os. Købet bliver ophævet fra det tidspunkt, hvor du sender besked til os om ophævelsen. Du skal dog være opmærksom på, at du skal betale for din forsikring, indtil du ophæver købet, bortset fra de 14 dage, som er den almindelige fortrydelsesfrist. Vi beregner prisen i forhold til den tid, du har været forsikret og ud fra den aftale, vi oprindeligt havde indgået om køb af forsikringen.