

Indhold

1. Arbejdsskadeforsikring - Generelle betingelser	2
2. Arbejdsskadeforsikring	6
3. Arbejdsskadeforsikring for Grønland	7
4. Udstationering.....	8
5. Behandlingsdækning	10
6. Udvidet psykologdækning	15
7. Katastrofedækning	16
8. Frivilligt arbejde	17

1. Arbejdsskadeforsikring - Generelle betingelser

1. Lovgrundlag

For forsikringen gælder policen, forsikringsbetingelserne og Arbejdsskadeloven, Lov om forsikringsaftaler (i det omfang loven ikke er fraveget), Lov om forsikringsvirksomhed samt Lov om finansiel virksomhed.

- 1.1.** For forsikring af virksomheder beliggende i Grønland gælder dog Arbejdsskadeloven for Grønland, jf. de specifikke betingelser for arbejdsskadeforsikring for Grønland.

2. Forsikringstagerens forpligtelser

2.1. Forsikringstageren skal oplyse

Det påhviler forsikringstageren ved forsikringens tegning og senere at oplyse om og på forlangende at dokumentere samtlige de forhold, som Forsikringsselskabet skønner nødvendige til bedømmelse af Forsikringsselskabets risiko og til fastsættelse af præmien.

2.2. Oplysningspligt ved ændringer

Forsikringstageren er forpligtet til at give Forsikringsselskabet meddelelse, såfremt der efter forsikringens tegning indtræder forandringer i arten eller omfanget af risikoen.

2.3. Forsikringsselskabets kontroladgang

Skønner Forsikringsselskabet det nødvendigt, er forsikringstageren ligeledes forpligtet til at give Forsikringsselskabet adgang til at kontrollere de af forsikringstageren afgivne oplysninger, herunder at undersøge forholdene på de arbejdssteder, forsikringen omfatter.

2.4. Urigtige eller ufuldstændige oplysninger

Såfremt det efterfølgende viser sig, at forsikringstageren har givet Forsikringsselskabet urigtige eller ufuldstændige oplysninger, er forsikringstageren forpligtet til at give Forsikringsselskabet alle ønskede supplerende oplysninger og at give en repræsentant for Forsikringsselskabet adgang til at foretage den nødvendige kontrol.

2.5. Hvis præmien har været for lav

Har forsikringstageren på grund af de urigtige eller ufuldstændige oplysninger betalt en for lav præmie, er forsikringstageren forpligtet til at godtgøre Forsikringsselskabet det for lidt betalte præmiebeløb samt eventuelle omkostninger. Forsikringsselskabet er berettiget til at kræve det skyldige beløb forrentet med morarenter fra beløbets forfaldsdato.

2.6. Flytning

Forsikringstageren er forpligtet til at meddele flytning.

3. Beregning af præmien

Det fremgår af policen, om forsikringen er tegnet med eller uden regulering.

3.1. For forsikringer tegnet uden regulering

Præmien er fastsat på grundlag af de oplysninger, der ved forsikringens ikrafttrædelse er afgivet om antal beskæftigede/enheder. I forbindelse med den årlige fornyelse af forsikringen, sender Forsikringsselskabet en oversigt over, hvilke oplysninger der ligger til grund for præmieberegningen. Hvis disse oplysningerne ikke stemmer overens med de faktiske forhold, skal forsikringstageren give Forsikringsselskabet meddelelse herom, hvorefter præmien for det kommende forsikringsår bliver ændret i overensstemmelse hermed.

3.2. For forsikringer tegnet med regulering

3.2.1. Foreløbig præmie

Ved hvert forsikringsårs afslutning fastsættes en foreløbig præmie på grundlag af det forventede antal beskæftigede/enheder i forsikringsåret.

3.2.2. Endelig præmie

Ved hvert forsikringsårs afslutning fastsættes en endelig præmie på grundlag af det endelige antal beskæftigede/enheder i forsikringsåret.

3.2.3. Beregning af endelig præmie

Såvel den foreløbige som den endelige præmie beregnes på grundlag af Forsikringsselskabets tarif ved forsikringsårets begyndelse.

3.2.4. Ændring af præmie - ændring af ydelser

Uanset bestemmelsen i punkt 3.2.3 er Forsikringsselskabet, ved ændring af ydelserne efter Lov om sikring mod følger af arbejdsskade samt de hertil hørende foretagne hensættelser, berettiget til uden varsel at ændre præmien.

3.2.5. Ændring af hensættelser

Bestemmelsen i punkt 3.2.4 finder tilsvarende anvendelse ved andre lovmæssige krav om forøgelse af de foretagne hensættelser.

3.2.6. Præmieændringens ikrafttræden

En ændring af præmien i henhold til punkt 3.2.4 og/eller punkt 3.2.5 har virkning fra begyndelsen af det forsikringsår, hvor ændringen sker.

3.2.7. Skønsmæssig regulering af præmien

Har Forsikringsselskabet ikke modtaget de nødvendige oplysninger til beregning af den foreløbige og den endelige præmie senest en måned efter præmiens forfald, kan Forsikringsselskabet fastsætte præmien efter et skøn.

4. Betaling af præmien

4.1. Opkrævning

Forsikringselskabet opkræver præmien ved at sende en anmodning om betaling til den betalingsadresse, som forsikringstageren har opgivet. Præmien kan også betales ved elektronisk betalingsoverførelse. Eventuelle afgifter til staten opkræves sammen med præmien.

4.2. Præmiens betaling

Den første præmie forfalder til betaling, når forsikringen træder i kraft. Senere præmier forfalder til betaling på forsikringens forfaldsdage. Præmien skal betales senest den dato, der fremgår af opkrævningen som sidste rettidige betalingsdato, eller datoen på betalingsoversigten.

4.3. Manglende betaling

Betales præmien ikke rettidigt, sender Forsikringselskabet en rykker for betaling med oplysning om retsvirkningerne af for sen betaling. Ved manglende betaling af restbeløb, tillægsopkrævning m.m. forbeholder Forsikringselskabet sig ret til at opsig hele forsikringsaftalen.

Forsikringselskabet har panteret og kan foretage udlæg for præmien med renter og andre omkostninger, herunder advokatomkostninger.

4.4. Gebyrer, afgifter, renter

Forsikringselskabet er berettiget til at opkræve gebyr for opkrævning af præmie samt rykkergebyr og morarenter ved for sen betaling. Ved evt. udpantning i fogedretten for skyldig præmie samt betalingspåkrav til fogedretten er Forsikringselskabet berettiget til at opkræve et gebyr. Størrelsen af gebyret svarer til omkostningerne til inkasso. Forsikringselskabet kan herudover beregne sig gebyr for udskrivning af dokumenter og for andre serviceydelser. Nærmere oplysninger om gebyrer kan findes på Forsikringselskabet.dk samt ved henvendelse til Forsikringselskabet.

4.5. Tilbagebetaling

Nemkonto: Tilbagebetaling af præmie, kan ske via Nemkontosystemet til den konto, der er valgt som Nemkonto.

Betalingservice: Tilbagebetaling af præmie sker til den bankkonto, præmien betales fra.

4.6. Modregning

Forsikringselskabet vil benytte sig af sin ret til modregning indenfor kundeforholdet.

5. Indeksregulering

Medmindre andet fremgår af policen, indeksreguleres præmien hvert år pr. 1. januar. Hvis behandlingsdækning er valgt indeksreguleres summen for denne ligeledes. Alle øvrige summer og selvrisici indeksreguleres ikke.

5.1. Indekstal

Reguleringen sker på baggrund af udviklingen i lønindekset for den private sektor, som er offentliggjort af Danmarks Statistik, samt udviklingen i det af Arbejdsskadestyrelsen tilkendte gennemsnitlige erhvervsevnetab og udviklingen i Arbejdsskadestyrelsens tilkendelsespraksis. Præmien vil dog som minimum blive pristalsreguleret med udviklingen i lønindekset for den private sektor, som er offentliggjort af Danmarks Statistik. Hvis offentliggørelsen af komponenterne i det anvendte indeks ophører og beregningsmetoderne derfor ændres, er selskabet berettiget til at fortsætte indeksreguleringen på grundlag af et andet relevant indeks, herunder f.eks. et indeks der offentliggøres af Danmarks Statistik.

6. Fornyelse og opsigelse

6.1. Opsigelse til udløb af en forsikringsperiode

Er forsikringen tegnet som 1-årig forsikring, kan begge parter opsige den med 1 måneds skriftlig varsel til policens hovedforfaldsdato, dog tidligst efter et år. Er forsikringen tegnet for en fler-årig periode, kan den opsiges med 1 måneds varsel til den udløbsdato, der fremgår af policen. Dog kan fler-årige forsikringer opsiges mod en efterbetaling, beregnet som en procentdel af den gældende årspræmie, hvis der er gået minimum 2 år af aftaleperioden.

6.2. Manglende overholdelse af forpligtelser

Undlader forsikringstageren at overholde sine forpligtelser jf. punkt 2 kan Forsikringsselskabet opsige forsikringen med 1 måneds varsel uanset tidspunktet for forsikringsperiodens udløb.

6.3. Fornyelse af en forsikringsperiode

Opsiges forsikringen ikke, fornyes den automatisk for en ny tilsvarende periode. Er perioden fler-årig, sender Forsikringsselskabet et brev herom tidligst 3 måneder og senest 1 måned før opsigelsesfristen.

7. Ændring af præmietarif eller forsikringsbetingelser

7.1. Varsling

Hvis Forsikringsselskabet, for forsikringsprodukter af samme art, ændrer præmietarif eller forsikringsbetingelser kan Forsikringsselskabet med mindst 1 måneds varsel til hovedforfald ændre forsikringsbetingelserne og/eller præmien for denne police.

7.2. Opsigelse

Hvis ændringen er til ugunst for forsikringstageren, kan forsikringen opsiges til samme dato, som ændringen skulle træde ikraft. Opsigelse skal være modtaget af Forsikringsselskabet senest dagen før.

7.3. Ændring af præmie der ikke kræver underretning Ændringer i henhold til punkt 3.2.4 og/eller punkt 3.2.5 er ikke at betragte som en ændring af præmien.

2. Arbejdsskedeforsikring

1. Hvad dækker forsikringen

1.1. Arbejdsskedeforsikringen dækker

Forsikringen dækker forsikringstageren mod enhver forpligtelse vedrørende arbejdsulykker m.m., jf. Lov om arbejdsskadesikring § 6 eller fremtidige bestemmelser, der erstatter denne.

1.2. Deling af forsikredes forpligtelser

Det kan dog aftales, at en nærmere angiven del af forsikringstagerens forpligtelse forsikres i et andet forsikringselskab.

2. Anmeldelse af skade

Skader skal anmeldes som følger:

2.1. Brilleskader via internettet på Forsikringsselskabet.dk

2.2. Arbejdsulykker skal anmeldes via Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside på det elektroniske anmeldelsessystem easy.

3. Tvister

Tvister vedrørende forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret og ved danske domstole.

4. Ophør af Forsikringsselskabets koncession

4.1. Dækningens bortfald

Hvis Forsikringsselskabets koncession til tegning af forsikringer efter arbejdsskadeloven ophører, skal forsikringstageren underrettes herom. Forsikringen bortfalder fra datoen for koncessionens ophør, selv om forsikringsperioden ikke er udløbet.

4.2. Endelig præmieopgørelse En opgørelse af præmien for den forløbne tid foretages snarest muligt.

3. Arbejdsskadeforsikring for Grønland

1. Hvad dækker forsikringen

1.1. Arbejdsskadeforsikringen dækker

Forsikringen dækker forsikringstageren mod enhver forpligtelse vedrørende arbejdsulykker m.m., jf. Lov om arbejdsskadesikring i Grønland § 6 eller fremtidige bestemmelser, der erstatter denne.

1.2. Deling af forsikredes forpligtelser

Det kan dog aftales, at en nærmere angiven del af forsikringstagerens forpligtelse forsikres i et andet forsikringsselskab

2. Anmeldelse af skade

Skader skal anmeldes som følger

2.1. Brilleskader via internettet på Forsikringsselskabet.dk

2.2. Arbejdsulykker skal anmeldes via arbejdsskadestyrelsen hjemmeside på det elektroniske anmeldelsessystem easy.

3. Tvister

Tvister vedrørende forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret og ved danske domstole

4. Ophør af Forsikringsselskabets koncession

4.1. Dækningens bortfald

Hvis Forsikringsselskabets koncession til tegning af forsikringer efter Lov om arbejdsskadesikring i Grønland ophører, skal forsikringstageren underrettes herom. Forsikringen bortfalder fra datoen for koncessionens ophør, selv om forsikringsperioden ikke er udløbet.

4.2. Endelig præmieopgørelse

En opgørelse af præmien for den forløbne tid foretages snarest muligt.

4. Udstationering

1. Hvem er dækket

Sikrede under denne dækning er medarbejdere, som er ansat hos forsikringstageren, og som har folkeregisteradresse i Danmark. Der er tale om en udvidelse i forhold til sikringen for midlertidigt udsendelse i medfør af arbejdsskadeloven.

2. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker efter samme principper som er gældende i arbejdsskadeloven, personer som er sikrede på policen, og som midlertidigt og i en specifikt angivet tidsperiode udsendes til arbejde i udlandet, i en fortløbende periode fra 12 måneder og op til 6 år fra udsendelsestidspunktet. Det er en betingelse, at der er indhentet erklæring om social sikring i Danmark, hos de danske myndigheder for den udstationerede person, og at der indsendes en kopi heraf til Forsikringsselskabet. Dækningen omfatter alene uheld som sker mens der udføres arbejde og ikke f.eks. transport til og fra arbejde og lignende. Ferie, afspadsering eller midlertidig hjemsendelse pga. vejrlig eller materiale-mangel afbryder ikke udsendelsen og forlænger derfor heller ikke forsikringsperioden. Denne dækning udelukker ikke, at der efter modtagerlandets lov kan være pligt til, at tegne arbejdsskadeforsikring i modtagerlandet. Hvis dette er tilfældet, bestemmer arbejdsskadestyrelsens bekendtgørelse, at der kun kan udbetales erstatning fra nærværende dækning, i det omfang ydelser efter arbejdsskadeloven overstiger de ydelser, der tilkommer skadelidte efter ordningen i modtagerlandet.

3. Forsikringen dækker ikke

- 3.1. 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 udstationerede person opholder sig under udstationeringen. 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.
- 3.2. Forsikringen dækker ikke forsikringsbegivenheder, der er en direkte eller indirekte følge af, eller står i forbindelse med terrorisme. Ved terrorisme forstås skade forvoldt forsætligt af en eller flere personer, der handler for eller i forbindelse med en organisation, hvis virksomhed har som formål at tilføje et lands politiske, økonomiske eller samfundsmæssige strukturer alvorlig skade.

4. Anmeldelse af skade

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes til Forsikringsselskabet. Anmeldelse skal dog ske indenfor 1 år efter, skaden er sket. Skader kan anmeldes på Forsikringsselskabet.dk. Hvis en skade har medført døden, skal anmeldelse ske telefonisk til Forsikringsselskabet inden 48 timer, og Forsikringsselskabet er berettiget til at kræve obduktion.

5. Erstatningsfastsættelse

Forsikringsselskabet afgør spørgsmålet, om hvorvidt skaden er omfattet af denne dækning, samt udmåler erstatningen efter samme principper, som der anvendes i den til enhver tid gældende arbejdsskadelovgivning. Alle erstatningsudgifter udbetales som et engangsbeløb kaldet kapitalbeløb. Der udbetales ikke løbende ydelse for tab af erhvervsevne. Ved beregning af erstatningens størrelse tages udgangspunkt i årslønnen, som ikke kan fastsættes højere end maksimumlønnen, som er 474.000 kr.

6. Tvister

Forsikringsselskabet afgør spørgsmålet om, hvorvidt skaden er omfattet af denne dækning, samt udmåler erstatningen efter samme principper, som anvendes i den til enhver tid gældende arbejdsskadelovgivning. Hvis en af parterne ønsker det, kan Arbejdsskadestyrelsen afgive en vejledende udtalelse om mén graden og størrelsen af tab af erhvervsevne. Arbejdsskadestyrelsens gebyr betales med 50% af hver af parterne. Hvis der er tvist omkring årsagssammenhæng, skal dette afgøres ved de danske domstole.

5. Behandlingsdækning

1. Forsikringen dækker arbejdsulykker

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse, indlæggelse og ambulante operationer på betalingshospital i Danmark, resten af Norden eller Tyskland. Det er en forudsætning for dækning, at ulykken er sket i forbindelse med forsikredes arbejde, og at arbejdsulykken forud for anmeldelse til denne Behandlingsforsikring er anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen eller Forsikringsselskabets arbejdsskadeafdeling. Behovet for undersøgelse og behandling skal være opstået som en direkte følge af arbejdsulykken. Vurderer Forsikringsselskabet, at arbejdsulykken ikke er hovedårsag til den lidelse, der skal behandles, er der ikke ret til dækning. I tvivlstilfælde kan Forsikringsselskabet kræve, at arbejdsulykken er anerkendt af Arbejdsskadestyrelsen, før der kan ske godkendelse af undersøgelse og/eller behandling. Forsikringsselskabet har ved en anerkendelse af arbejdsulykken under denne Behandlingsforsikring, ikke samtidig taget stilling til, om arbejdsulykken i øvrigt er til anerkendelse efter gældende lov om arbejdsskadesikring. Arbejdsulykken skal være indtrådt i forsikringstiden, og undersøgelse og behandling skal finde sted i forsikringstiden. Behandling, der er påbegyndt i forsikringstiden, dækkes i indtil 3 måneder, efter forsikringsdækningen er ophørt. Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato. Det er en betingelse for dækning, at behandling og behandlingssted er godkendt af Forsikringsselskabet, inden behandling iværksættes. Se punkt 7 - Anmeldelse af skader.

2. Undersøgelse/behandling, der dækkes

Den forsikrede har ret til undersøgelse og/eller behandling i henhold til denne forsikring, når forsikrede ved konsultation hos sin praktiserende læge får konstateret behov for undersøgelse og/eller behandling, og derfor henvises til speciallæge eller sygehus. Det er en forudsætning for dækning, at undersøgelse eller behandling ikke kan finde sted i offentligt regi, senest 14 dage efter kontakt til/tidsbestilling hos speciallæge. Eller senest 14 dage efter praktiserende læges henvisning til offentligt sygehus. Den forsikrede skal på Forsikringsselskabets opfordring indsende dokumentation for, at ventetiden overstiger 14 dage. Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og til behandling, hvis behandlingen forventes at kunne kurere følgerne af arbejdsulykken, eller væsentligt og varigt bedre forsikredes tilstand. Udgifter til behandling af kroniske lidelser er således ikke dækket. Ved behandling forstås den kirurgiske, medicinske eller behandlingsmæssige procedure, det efter almen lægelig vurdering vil være rimeligt at iværksætte.

3. Udgifter der er dækket

Efter nærmere aftale med Forsikringsselskabet jf. punkt 7 - Anmeldelse af skader, dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter til:

- Undersøgelse og behandling hos speciallæge eller på betalingshospital
- Nødvendig ambulant efterbehandling, udført af speciallæge, efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation
- Protoser og hjælpemidler, hvis disse er et led i den behandling, som finder sted efter en dækningsberettiget operation
- Dækningen er maksimeret. Se punkt. 6 - Forsikringssum.

4. Udgifter der ikke er dækket

Udgifter, der ikke udtrykkeligt er oplistet under punkt 3 dækkes ikke, herunder eksempelvis:

- Praktiserende læge/speciallæge i almen medicin - akut udredning/behandling (f.eks. skadestue eller lægevagt)

ARBEJDSKADFORSIKRING
FORSIKRINGSBETINGELSER (STANDARD)

- Behandling af psykiske lidelser
- Behandling af tandskader
- Behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor
- Private udgifter under indlæggelsen
- Alternativ behandling (behandling, der foretages af personer uden godkendelse eller autorisation fra Sundhedsstyrelsen)
- Eksperimentel behandling
- Undersøgelse/behandling, der ydes af forsikrede selv, dennes ægtefælle, forældre eller børn, eller en virksomhed, som tilhører en af de nævnte
- Undersøgelse eller behandling, som forsikrede er udeblevet fra
- Transport.

5. Ophold i udlandet og hjemtransport

Udgifter der afholdes under ophold i udlandet eller i forbindelse med hjemtransport fra udlandet, dækkes ikke af forsikringen.

6. Forsikringssum

I policen er anført den maksimale sum (indeksreguleres), som denne forsikring dækker til behandling af følgerne af en arbejdsulykke.

7. Anmeldelse af skader

Får forsikrede behov for undersøgelse og/eller behandling, skal Forsikringsselskabet altid. Herfra koordineres den videre behandling. Forsikringsselskabet kan kontaktes i mellem kl. 8.00-16.00 alle hverdage. Undersøgelse og behandling skal godkendes af Forsikringsselskabet og finde sted på behandlingssted i Forsikringsselskabets netværk. Netværket omfatter udvalgte behandlingssteder i Danmark, resten af Norden og Tyskland. Ved behov for akut hjælp: Kontakt altid egen læge, lægevagten, skadestuen eller ring 112.

8. Afgørelse af skadetilfælde

Forsikringsselskabet afgør, om en undersøgelse er omfattet af denne forsikring - se dog punkt 19 Opstår der uenighed.

9. Indsendelse af skadeanmeldelse

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes skriftligt til Forsikringsselskabet. Skader anmeldes på en af selskabet udarbejdet blanket, der kan fås ved henvendelse til Forsikringsselskabet eller på anden af Forsikringsselskabet anvist måde. Ved anmeldelse af en skade indsendes dokumentation efter Forsikringsselskabets nærmere anvisning. Anmoder Forsikringsselskabet om lægeattest, skal denne være udfyldt af en af den danske sundhedsstyrelse autoriseret læge, med mindre Forsikringsselskabet accepterer, at attesten udstedes fra anden side. Forsikringsselskabet kan forlange de oplysninger, selskabet anser for nødvendige til bedømmelse af skaden. Forsikringsselskabet betaler kun udgifter til lægeerklæringer, der er indhentet på selskabets foranledning.

10. Anden forsikring

I skadetilfælde skal forsikrede straks give Forsikringsselskabet besked, hvis skaden kan være dækket af andre forsikringer. Har dette selskab taget forbehold om, at dækningen falder bort eller indskrænkes, hvis der er tegnet forsikring i et andet selskab, gælder det samme forbehold for denne forsikring. Selskaberne betaler herefter udgifterne forholdsmæssigt.

11. Forsikredes forpligtelser

Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Forsikringsselskabet anser for nødvendige til afgørelse af, om en anmeldt skade er dækningsberettiget under denne Behandlingsforsikring. Giver den forsikrede ikke de nødvendige oplysninger, har forsikrede ingen ret til dækning. Forsikringsselskabet betaler kun udgifter til attester og erklæringer, der er indhentet på selskabets foranledning. Forsikringsselskabet kan til enhver tid betinge yderligere behandling under forsikringen af, at den forsikrede undergår undersøgelse hos en af Forsikringsselskabet valgt speciallæge, der kan bekræfte den stillede diagnose, og/eller behandlingens relevans.

12. Erstatningens udbetaling

Erstatningen udbetales direkte til behandlingsstedet på grundlag af indsendte originale regningsbilag. Alle udgifter skal være rimelige og afholdt af nødvendige årsager.

13. Forældelse efter afvisning af erstatning

Forsikringen følger de normale regler omkring forældelse efter den gældende Forældelseslov.

14. Forsikringens parter

Forsikringen aftales mellem Forsikringsselskabet Forsikring A/S og forsikringstageren. Forsikringsbetingelserne kan være fraveget ved skriftlig aftale mellem forsikringstager og Forsikringsselskabet.

15. Forsikringsaftalens grundlag

Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af en begæring om forsikring samt på grundlag af øvrige oplysninger, som Forsikringsselskabet har skønnet nødvendige. Dette gælder også ved genoptagelse af præmiebetaling, forhøjelser og øvrige ændringer af forsikringsaftalen. Som dokumentation for aftalen udsteder Forsikringsselskabet en police til forsikringstageren. Aftalens indhold fremgår af policen, forsikringsbetingelserne, samt eventuelle underliggende regulativer og skriftlige aftaler. Disse dokumenter er under ét benævnt forsikringsaftalen. Meddelelser om forsikringsforholdet vil blive sendt til den adresse, som forsikringstager har opgivet. Forsikringstager skal meddele en eventuel adresseændring til Forsikringsselskabet.

16. Præmiebetaling

16.1. Betalingsform

Præmien skal betales ved den betalingsform, der fremgår af forsikringsaftalen. Ændring af betalingsform kan finde sted efter aftale med Forsikringsselskabet.

16.2. Første præmie

Den første præmie forfalder til betaling, når forsikringsaftalen er indgået, medmindre anden forfaldsdag er aftalt. Hvis præmien ikke er betalt senest 14 dage efter, at Forsikringsselskabet har fremsendt påmindelse, bortfalder forsikringsaftalen.

16.3. Senere præmier

Senere præmier forfalder forud på forfaldsdagen, der er fastsat i forsikringsaftalen. Såfremt Forsikringsselskabet ikke modtager præmien rettidigt, sendes en påmindelse. Er præmien ikke betalt 14 dage efter, at Forsikringsselskabet har sendt påmindelsen, vil forsikringsdækningen ophøre fra dette tidspunkt.

16.4. Morarenter

Forsikringsselskabet er berettiget til at opkræve morarenter af præmier, der betales senere end 1 måned efter forfaldsdagen, men inden forsikringsdækningen er ophørt.

16.5. Afgifter, porto og gebyr

Sammen med præmien opkræves eventuelle afgifter til staten og ekspeditionsgebyrer. Forsikringsselskabet kan herudover beregne sig gebyr for udskrivning af dokumenter, herunder police/dæknings-bevis og andre serviceydelser. Forsikringsselskabet forbeholder sig ret til at ændre de nævnte gebyrer og serviceydelser, hvis betalingerne ikke dækker

16.6. Forsikringsselskabets udgifter.

Forsikringsselskabet offentliggør generelle forhøjelser på Forsikringsselskabets hjemmeside: www.Forsikringsselskabet.dk. Forhøjelsen gennemføres først efter oplysninger om forhøjelsen har været tilgængelig på Forsikringsselskabet.dk i en måned.

17. Årlig regulering

Reglerne i Arbejdsskadeforsikring - Generelle betingelser er også gældende for denne forsikring.

18. Opsigelse

Forsikringen fornys for 1 år ad gangen, med mindre den med 1 måneds varsel skriftligt opsiges af en af parterne til en præmieforfaldsdag.

19. Opstår der uenighed

Er forsikrede ikke enig i Forsikringsselskabets afgørelser i en sag, så kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for at rette henvendelse til Forsikringsselskabet.

Hvis problemet fortsat ikke kan løses, kan forsikrede også rette henvendelse til: Ankenævnet for Forsikring Anker Heegaardsgade 2 1572 København V. Tlf. 33 15 89 00 mellem kl. 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

Klager til ankenævnet skal indsendes på et særligt klageskema, og forsikrede, skal betale et gebyr. Klageskema og girokort kan forsikrede få hos Forsikringsselskabet eller hos forsikringsankenævnet. For aftalen gælder dansk lovgivning, herunder eksisterende lov om forsikringsaftaler. Hvis tvister om forsikringsaftalen bringes for retten, afgøres disse efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting. Ved en evt. uoverensstemmelse omkring en skades opgørelse har

ARBEJDSKADFORSIKRING
FORSIKRINGSBETINGELSER (STANDARD)

forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd. Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikringstager og Forsikringsselskabet vælger hver sin vurderings mand, og inden sagen påbegyndes vælger de en opmand. Ved en evt. uenighed herom udpeges opmanden af Det Danske Voldgiftsinstitut. Opmanden træder kun til, hvis vurderingsmændene ikke kan enes om opgørelsen. Opmanden afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadesopgørelsesprincipper, der er fastsat af Forsikring og Pension. Voldgiftsretten beslutter selv, hvordan voldgiftens omkostninger skal fordeles, og begrunder i sin kendelse, hvorledes resultatet nås. Efter enhver parts begæring skal voldgiftsretten fremlægge de beregninger, der ligger til grund for kendelsen. Aftales en voldgiftsavgørelse efter at uoverensstemmelsen er opstået, er aftalen bindende for begge parter.

6. Udvidet psykologdækning

1. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen giver mulighed for, at pårørende, til en ansat/skadelidt som er omfattet af den lovpligtige arbejdsskade-forsikring, kan modtage psykologhjælp, hvor behovet udspringer af en begivenhed, som er omfattet af den til enhver tid gældende lov om arbejdsskadesikring. Det er en betingelse, at Forsikringsselskabet vurderer, at det kan gavne eller fremskynde forløbet, at lade ægtefæller, samboende, forældre eller børn deltage i konsultationerne. Det er en forudsætning for betaling af udgifterne, at konsultationerne har sammenhæng med arbejdsskaden og at psykologen, der behandler den tilskadekomne medarbejder, i samråd med Forsikringsselskabet vurderer, at pårørende også skal have behandling, eller inddrages i behandlingen af tilskadekomne. Dækningen forudsætter, at Forsikringsselskabet har godkendt behandlingerne forinden de iværksættes.

2. Hvad dækker forsikringen ikke

Forsikringen dækker ikke forsikringsbegivenheder, der er en direkte eller indirekte følge af, eller står i forbindelse med terrorisme. Ved terrorisme forstås skade forvoldt forsætligt af en eller flere personer, der handler, for eller i forbindelse med en organisation, hvis virksomhed har som formål at tilføje et lands politiske, økonomiske eller samfundsmæssige strukturer alvorlig skade.

3. Anmeldelse af skade

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes til Forsikringsselskabet. Skader kan anmeldes på Forsikringsselskabet.dk.

4. Erstatningsfastsættelse

Forsikringen dækker kun udgifter til psykologbehandling som er relateret til en arbejdsskade som vurderes til anerkendelse af Forsikringsselskabet eller som er anerkendt af Arbejdsskadestyrelsen. Forsikringen dækker maksimalt 12 behandlinger pr. person som skal foretages inden 6 måneder fra skadetidspunktet og skal godkendes af Forsikringsselskabet.

5. Ordforklaring

Ved pårørende forstås i denne sammenhæng: Ægtefæller, samboende, forældre og børn.

7. Katastrofedækning

1. Hvem er dækket

Forsikringen omfatter personer, som er ansat i kommune og/eller region.

2. Hvad dækker forsikringen

- 2.1.** Forsikringen dækker personer, som er omfattet af punkt 1. mod enhver forpligtigelse vedrørende arbejdsulykker m.m., jf. Lov om arbejdsskadesikring § 6 eller fremtidige bestemmelser, der erstatter denne.
- 2.2.** Det er dog en forudsætning, at der ved samme forsikringsbegivenhed sker personskade, der medfører enten varigt mén-, erhvervsevnetabs- eller dødsfaldsdækning for mindst 2 personer., jf. punkt 1. Samtidig skal erstatningsudmålingerne samlet være større end selvriskoen i alt for begivenheden.
- 2.3.** Forsikringen dækker med den højeste erstatningssum og selvriskobestemmelse, som fremgår af policen.

3. Ændringer af risikoen

Hvis den forsikrede risiko ændres eller forøges, f.eks. ved lovændringer eller ændringer af praksis i tilkendelse af erstatning, vil præmien, dækning og selvrisiko blive taget op til genforhandling (4 ugers varsel). Præmien reguleres ikke - der er tale om fast præmie beregnet ud fra de modtagne risikooplysninger (skadehistorik og personalesammensætning).

4. Anmeldelse af skade

Arbejdsulykker skal anmeldes via arbejdsskadestyrelsens hjemmeside på det elektroniske anmeldelsessystem easy.

5. Tvister

Tvister vedrørende forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret og ved danske domstole.

6. Ophør af Forsikringsselskabets koncession

- 6.1.** Dækningens bortfald
Hvis Forsikringsselskabets koncession til tegning af forsikringer efter Lov om sikring mod følger af arbejdsskade ophører, skal forsikringstageren underrettes herom. Forsikringen bortfalder fra datoen for koncessionens ophør, selv om forsikringsperioden ikke er udløbet.
- 6.2.** Endelig præmieopgørelse
En opgørelse af præmien for den forløbne tid foretages snarest muligt.

8. Frivilligt arbejde

1. Hvem er dækket

Sikrede under denne dækning er medarbejdere som er ansat hos forsikringstageren og som har folkeregisteradresse i Danmark og som deltager i frivilligt socialt arbejde. Derudover er medlemmer af foreninger dækket, såfremt forsikringstageren er en forening

2. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker personer der deltager i socialt arbejde i arbejdstiden og som er godkendt af arbejdsgiveren, idet omfang at, den humanitære forening ikke har forsikringspligten for det udførte arbejde. Tilsvarende dækker forsikringen medlemmer som foretager pligtarbejde i foreningens interesse, uanset hvad der fremgår af foreningens vedtægter. Dækningen omfatter alene arbejde som kan udføres uden autorisation, uden iagttagelse af særlige sikkerhedsforhold og sikkerhedsforskrifter, jf. nedenfor om Hvad dækker forsikringen ikke. Ved pligtarbejde forstås, det arbejde/opgave som må anses for værende en almindelig deltagelse i foreningens aktiviteter.

2.1. Dækningen er subsidiær således i forhold til evt. tegnede ansvarsforsikringer

Det vil sige, at dækning via en ansvarlig skadevolder går forud for denne dækning, ligesom arbejde i egentlige ansættelsesforhold ikke er dækket. Dette gælder i alle tilfælde hvor det er muligt at identificere en sådan skadevolder og der hvor manglende identifikation af en skadevolder skyldes manglende iagttagelse af bevissikring hos sikrede.

3. Hvad dækker forsikringen ikke

3.1. Forsikringen dækker ikke skader sket i forbindelse med action-events/ekstrem sport eller farlig sport eller lignende. Skader som sker under anvendelse af maskiner, kemikalier, arbejde i højder og andet arbejde som ligger uden for det man med rimelighed kan forvente at en sikret påtager sig i forbindelse med frivilligt arbejde eller arbejde for en forening.

3.2. Forsikringen dækker ikke forsikringsbegivenheder, der er en direkte eller indirekte følge af, eller står i forbindelse med terrorisme. Ved terrorisme forstås skade forvoldt forsætligt af en eller flere personer, der handler, for eller i forbindelse med en organisation, hvis virksomhed har som formål at tilføjede et lands politiske, økonomiske eller samfundsmæssige strukturer alvorlig skade.

4. Anmeldelse af skade

Skader, der er omfattet af forsikringen, skal hurtigst muligt anmeldes til Forsikringsselskabet. Anmeldelse skal dog ske indenfor 1 år efter skaden er sket. Skader kan anmeldes til Forsikringsselskabet via internettet på Forsikringsselskabet.dk. Hvis en skade har medført døden, skal anmeldelse ske telefonisk til Forsikringsselskabet inden 48 timer, og Forsikringsselskabet er berettiget til at kræve obduktion.

5. Erstatningsfastsættelse

Forsikringsselskabet afgør spørgsmålet om hvorvidt skaden er omfattet af denne dækning samt udmåler erstatningen efter samme principper som der anvendes i den til enhver tid gældende arbejdsskadelovgivning. Alle erstatningsudgifter udbetales som et engangsbeløb, kaldet kapitalbeløb. Der udbetales ikke løbende ydelse for tab af erhvervsevne. Ved beregning af erstatningens størrelse tages udgangspunkt i årslønnen som ikke kan fastsættes højere end maksimumlønnen som er 474.000 kr.

6. Tvister

Forsikringselskabet afgør spørgsmålet om hvorvidt skaden er omfattet af denne dækning samt udmåler erstatningen efter samme principper som anvendes i den til enhver tid gældende arbejdsskadelovgivning. Hvis en af parterne ønsker det, kan Arbejdsskadestyrelsen afgive en vejledende udtalelse om méngraden og størrelsen af tab af erhvervsevne. Arbejdsskadestyrelsens gebyr betales med 50% af hver af parterne. Hvis der er tvist omkring årsagssammenhæng skal dette afgøres ved de danske domstole.