



Forsikringsbetingelser for Lifeline Basis Privat

Sundhedsforsikring

Forsikringsbetingelser gældende fra 1. januar 2016.

Nr. BASIS Privat P-05-010116

Indhold

1.	Om forsikringen.....	2
2.	Sådan dækker forsikringen	2
3.	Forsikringen dækker	3
4.	Forsikringen dækker ikke	4
5.	Ved dækning fra anden side.....	5
6.	Vilkår for aftalen om forsikring	5
7.	Tilmelding til forsikringen	6
8.	Betaling for forsikringen	6
9.	Opsigelse og ophør	7
10.	Lovgivning og klager	7

1. Om forsikringen

Forsikringen er oprettet i Skandia Link Livsforsikring A/S, CVR nr. 2095 2237 – i det følgende benævnt Skandia.

Sundhedsforsikringen Lifeline Basis Privat giver ret til at få hjælp til og få dækket udgifter til blandt andet forundersøgelse, behandling og genoptræning i Skandias netværk af specialister og privathospitaler i det omfang og med de undtagelser, der er beskrevet i disse forsikringsbetingelser, hvis de gældende betingelser er opfyldt.

2. Sådan dækker forsikringen

Forsikrede¹ skal konsultere egen praktiserende læge ved sygdom og skade. Når lægen har vurderet den forsikredes tilstand og henvist til en undersøgelse eller behandling, kan forsikrede skriftligt kontakte Skandia via Lifelinelinjen*. Lifelinelinjen* hjælper herfra med at tilrettelægge det optimale behandlingsforløb og bestille tider, når forsikringen dækker.

Forsikringen dækker udelukkende udgifter til undersøgelse og/eller behandling, som Skandia på forhånd har godkendt.

2.1 Lægehenvi sning eller lægeanbefaling

For at starte en behandling via sundhedsforsikringen, kan Skandia til hver en tid kræve, at den forsikrede har:

- konsulteret egen praktiserende læge.
- en skriftlig henvisning fra egen praktiserende læge eller speciallæge.
- en skriftlig anbefaling fra egen praktiserende læge eller speciallæge.

2.2 Behandlingsgaranti

Skandia garanterer, at undersøgelses- og/eller behandlingsprocedure går i gang inden for ti arbejdsdage, efter at en skade er anmeldt, og Skandia har modtaget og godkendt al relevant information om skaden.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien gælder ikke:

- hvis en godkendt og planlagt undersøgelse og/eller behandling udskydes som følge af en medicinsk vurdering eller årsag.
- hvis den forsikrede helt eller delvist har afvist et tilbud fra Skandia om undersøgelse og/eller behandling.
- hvis der ikke findes undersøgelse og behandling, fordi der er tale om særegen sygdomsdiagnose, et unikt sygdomsforløb, eller undersøgelse/behandling ikke tilbydes i privat regi.
- hvis epidemier, pandemier eller force majeure har begrænset kapaciteten.

¹ 'Den forsikrede' er i disse betingelser den medarbejder i en virksomhed, der er omfattet af forsikringsaftalen mellem Skandia og virksomheden.

2.3 Valg af behandling og behandler

Skandia godkender kun behandling, som foregår efter metoder med dokumenteret effekt, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Det er desuden en betingelse, at der er en overvejende sandsynlighed for, at behandlingen væsentligt og varigt kan kurere sygdommen eller tilskadekomsten – eller at den væsentligt og varigt kan forbedre den forsikredes helbredstilstand efter skaden.

Skandia samarbejder med et netværk af kvalitetssikrede privathospitaler og speciallæger, og den forsikrede skal bruge den behandler, som Skandia anviser i dette netværk. Ved psykolog, fysioterapi, kiropraktik, zoneterapi og akupunktur kan forsikrede dog selv vælge behandler.

Forsikringen omfatter undersøgelse og behandling i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), Norge, Sverige og Tyskland, med mindre andet er aftalt med Skandia. Den forsikrede kan få tilbudt behandling i EU, hvis der ikke er rimelige behandlingstilbud i Danmark eller de øvrige nævnte lande, hvis Skandia finder det rimeligt og forsvarligt. Dækningen er begrænset til udgifter, som er almindelige og rimelige for området eller landet, hvor behandlingen finder sted.

Skandia er ikke ansvarlig for resultatet af undersøgelser, behandlinger eller vurderinger, heller ikke hvis en behandling ikke virker eller resulterer i fejl. I disse tilfælde må eventuelle erstatningskrav rejses over for de klinikker eller hospitaler, som har stået for behandlingen.

2.4 Oplysninger til hjælp for vurdering

Skandia kan til enhver tid bede om journaloplysninger og attester, som selskabet finder nødvendige for at foretage en sundhedsfaglig vurdering af, om den forsikrede har ret til behandling.

Den forsikrede skal sørge for, at Skandia får de nødvendige oplysninger. Skandia kan desuden bede den forsikrede gennemgå lægeundersøgelser for at vurdere retten til behandling.

Skandia betaler alle udgifter til de af Skandia ønskede attester og journaloplysninger. Dette gælder ikke lægehenvi sninger eller lægeanbefalinger jf. punkt 2.1.

Skandia har ret til at forespørge om den forsikredes helbred og til at kontakte enhver, som behandler eller tidligere har behandlet den forsikrede for fysiske eller psykiske lidelser, herunder læger og hospitaler. Skandia er berettiget til at få udleveret eventuelle journaler eller andet skriftligt materiale om den forsikredes helbred.

2.5 Afværgelse af skade

Den forsikrede har pligt til bedst muligt at afværge eller begrænse skaden, og Skandia har ret til at gennemføre foranstaltninger, som er med til at sikre det.

3. Forsikringen dækker

Forsikringen omfatter sygdom og lidelser, der er opstået som følge af helbredsmæssige belastninger. Skandia definerer sygdom som helbredsmæssige problemer, der medfører lægeligt begrundet behov for undersøgelse og/eller behandling. Skandia afgør, hvilken undersøgelse eller behandling, der er behov for.

3.1 Speciallæge

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til undersøgelse og behandling udført af speciallæge, dog ikke konsultation og behandling hos speciallæge i almen medicin, herunder egen praktiserende læge.

Skandia kræver henvisning fra en speciallæge, herunder egen praktiserende læge, for at godkende ultralydsscanning, røntgenundersøgelse eller lignende undersøgelser med henblik på at stille en diagnose.

MR-scanning kræver en henvisning fra anden speciallæge end speciallæge i almen medicin, herunder egen praktiserende læge.

3.2 Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig konsultation og behandling hos autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor. Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker og fysioterapeuter løbende vurdere, hvor mange behandlinger, den forsikrede har behov for.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

3.3 Zoneterapeut og akupunktør

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig konsultation og behandling hos autoriseret zoneterapeut eller akupunktør. Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia. Behandleren skal være RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker løbende vurdere, hvor mange behandlinger, den forsikrede har behov for.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 600 kr. pr. behandling.

3.4 Psykolog

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig konsultation og behandling hos autoriseret psykolog. Forsikringen dækker samlet maksimalt 10 behandlinger inden for 12 måneder fra den dato, skaden anmeldes til Skandia.

For at sikre optimal behandling af den konkrete problemstilling vil Skandias sygeplejersker løbende vurdere, hvor mange behandlinger, den forsikrede har behov for.

Forsikringen inkluderer akut krisehjælp som følge af røverier, kidnapning, overfald, indbrud, brand, ulykke eller eksplosion, når dette medfører et akut traume.

Forsikrede kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Forsikringen dækker dog maksimalt 1.100 kr. pr. behandling.

3.5 Psykiater

Forsikringen dækker op til 10 konsultationer hos psykiater inden for 12 måneder fra første behandlingsdato.

Forsikringen dækker kun anden psykiatrisk behandling end konsultationer, hvis den forsikrede er fyldt 21 år.

I forbindelse med psykiatiske diagnoser dækker forsikringen maksimalt udgifter på op til i alt 100.000 kr. for alle de perioder, den forsikrede har dækning i Skandia. Dette maksimum gælder også, selvom den forsikrede genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring i Skandia.

Ikke-psykotiske patienter, der indgår i de såkaldte pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal bruge det offentliges tilbud, fordi det betragtes som akut behandling. Skandia tilbyder rådgivning og hjælp i den videre proces, og forsikringen dækker, hvis Skandia vurderer, at der er opstået unødigt ventetid, eller at intentionerne med pakkeforløbene ikke er opfyldt.

3.6 Operation og behandling på privat hospital

Forsikringen dækker lægeordnede og operationsforberedende undersøgelser, operationer udført ambulant eller under indlæggelse og behandling på privat hospital.

Ved behandling af livstruende kræft- eller hjertesygdomme, der indgår i de såkaldte pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal den forsikrede bruge det offentliges tilbud, fordi det betragtes som akut behandling.

Skandia tilbyder rådgivning i den videre proces, og forsikringen dækker, hvis Skandia vurderer, at der er opstået unødigt ventetid, eller at intentionerne med pakkeforløbene ikke er opfyldt.

3.7 Genoptræning

Forsikringen dækker speciallægeordnede ambulant genoptræning i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker – dog maksimalt i 12 måneder. Se også punkt 9.6: Ansvarstid ved ophør.

Genoptræning omfatter udgifter til rekreationsophold i Danmark, som dækkes med maksimalt 25.000 kr. pr. diagnose og i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker.

I forbindelse med genoptræning kan Skandia kræve at få udleveret en behandlingsplan.

3.8 Hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til midlertidige hjælpemidler, som en speciallæge vurderer, er rimelige og nødvendige, for at den forsikrede kan komme sig efter en sygdom eller ulykke, som forsikringen dækker.

3.9 Medicin

Forsikringen dækker rimelige udgifter til lægeordineret receptpligtig medicin i forbindelse med en behandlingskrævende indlæggelse eller ambulat operation, som forsikringen dækker, dog maksimalt i op til seks måneder fra første behandlingsdag.

3.10 Hjælp i hjemmet

Forsikringen dækker rimelige udgifter til op til 20 timers hjælp til rengøring, indkøb med videre i umiddelbar forlængelse af en behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker.

3.11 Transport

Forsikringen dækker rimelige udgifter til transport til og fra behandlingskrævende indlæggelse eller operation, som forsikringen dækker. Forsikringen dækker kun transport, hvis den forsikrede ikke har mulighed for at benytte private eller offentlige transportmidler på grund af sygdom, og hvis transporten ikke kan dækkes fra anden side.

Skandia betaler desuden for hjemtransport, hvis en forsikret afgår ved døden på et behandlingssted (hospital og klinik) uden for Danmark, og Skandia har godkendt behandlingen. Skandia vurderer og godkender valg af transportform og -middel.

3.12 Second opinion

Forsikringen tilbyder en second opinion, som indebærer, at en forsikret kan få en yderligere medicinsk vurdering af en specialist. En second opinion er aktuel, hvis den forsikrede:

- har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade.
- står foran valget om at udsætte sig for en særlig risikofyldt behandling, der i sig selv kan være livstruende eller give varige mén.

3.13 Diætist

Forsikringen dækker op til fem konsultationer hos en klinisk diætist. Behandlingen forudsætter, at den forsikrede har en lægehenvielse og et BMI på under 18 eller over 30. Forsikringen omfatter ét behandlingsforløb for alle de perioder, den forsikrede har dækning i Skandia. Dette gælder også, selvom den forsikrede genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring i Skandia.

4. Forsikringen dækker ikke

Følgende medicinske tilstande og diagnoser, samt behandlinger og behandlingstyper er ikke dækket af forsikringen. Derudover er der en række generelle begrænsninger for, hvornår forsikringen ikke dækker.

4.1 Medicinske tilstande og diagnoser

Forsikringen dækker ikke udgifter i forbindelse med følgende medicinske tilstande og diagnoser:

- a. Akutbehandling – dvs. akut opståede problemer, som kræver hurtig assistance i form af fx ambulance, vagtlæge og skadestue, og diagnoseområder, der i det offentlige defineres som akutte – fx livstruende kræft eller iskæmisk hjertesygdom.

Forsikringen dækker dog udgifter til psykolog ved akut krisehjælp.

- b. Behandling, kontrol og følgesygdomme i forbindelse med graviditet, fødsel og abort, fertilitetsundersøgelser og behandling for barnløshed.
- c. Fobier.
- d. Følgesygdomme af misbrug af alkohol, medicin eller narkotika.
- e. Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft i Skandia. Følgesygdomme er dækket, hvis de er diagnosticeret, efter at forsikringen er trådt i kraft i Skandia. Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret, efter forsikringen trådte i kraft i Skandia, er dækket i maksimalt 6 måneder fra diagnose tidspunktet.

En kronisk sygdom eller lidelse er kendetegnet ved, at den er vedvarende, medfører blivende følger og/eller mén og/eller skyldes forandringer, der ikke kan helbredes. Sygdommen eller lidelsen kan være uden symptomer i kortere eller længere perioder, både med og uden behandling.

På www.skandia.dk findes en liste over eksempler på diagnoser, der af Skandia betragtes som kroniske sygdomme.

- f. Kønssygdomme, HIV-infektion og sygdomme afledt af HIV, organtransplantation og -donation samt dialysebehandling.
- g. Medfødte lidelser.
- h. Søvnforstyrrelser med mindre der er lægelig mistanke om diagnosen søvn-åbne.
- i. Udredning og behandling af ADHD med undertyper.
- j. Udredning og behandling af analfistel, analfissur eller pilonidalcyste.
- k. Udredning og behandling af demens.

4.2 Behandlinger og behandlingsformer

Forsikringen dækker ikke udgifter til følgende undersøgelser, behandlinger og behandlingsformer:

- a. Alle former for prævention, herunder sterilisation eller tilsvarende præventionsmæssige behandlinger som for eksempel opsætning og fjernelse af spiral.
- b. Behandling hos tandlæge, tandbehandling og tandkirurgi af enhver art.
- c. Behandling med Botox og Xiaprex.
- d. Fedmebehandling eller fedmeoperationer, herunder følgeoperationer eller følgebehandling.
- e. Forebyggende og vedligeholdende undersøgelser og behandling.
- f. Kosmetiske behandlinger og operationer, samt følger heraf. Forsikringen dækker eksempelvis ikke, men ikke begrænset til, ansigtsløftninger, rekonstruktion af bryster, hårtransplantationer, fedtsugning, brystforstørrende eller -formindskende operationer, fjernelse af

godartede modermærker eller pletter, hudtransplantationer eller aktinsk keratose .

Vorter, lipomer, ateromer, acne, hængende øjenlåg og åreknuder betragtes i disse forsikringsbetingelser som kosmetiske problemer.

- g. Syns- og hørekorrigerende undersøgelser og operationer, samt udgifter til briller, kontaktlinser og/eller synstest, samt høreprøver og høreapparater.
- h. Protonterapi eller behandling med stamceller.
- i. Vaccination, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- j. Parterapi.

4.3 Generelle begrænsninger

Forsikringen dækker ikke følgende udgifter eller skader, hvis de er opstået eller forårsaget af følgende grunde:

- a. Skade opstået i forbindelse med professionel sport – dvs. sport, som den forsikrede udfører mod betaling. Der er tale om professionel sport, hvis den forsikrede overvejende lever af sin sport eller har en kontrakt med en sportsklub eller sponsorer, som udbetaler løn til den forsikrede. Professionel sport omfatter både træning, konkurrencer og opvisninger uden for konkurrence.
- b. Skade som følge af borgerlige uroligheder, oprør, krig eller krigslignende tilstande og terror, herunder bakteriologiske og kemiske angreb.
- c. Skade som følge af udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- d. Udgifter til aftalte besøg med videre, hvor den forsikrede er udeblevet.
- e. Udgifter til behandling som følge af epidemier og pandemier, som det offentlige tager sig af.
- f. Udgifter til attester, journaloplysninger, lægehenvísninger og lægeanbefalinger.
- g. Udgifter til psykologiske test og speciallægeerklæringer, med mindre de er bestilt af Skandia.

5. Ved dækning fra anden side

5.1 Forsikringen bliver subsidiær

Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab skal Skandia have besked om det, når skaden anmeldes. I det tilfælde vil dækningen fra denne forsikring være subsidiær, og den anden dækning skal derfor anvendes først.

5.2 Offentlig dækning

Skandia er ikke forpligtet til at dække udgifter, som det offentlige:

- allerede fuldt eller delvist har dækket.
- har tilbudt at dække, men hvor datoen for behandling ikke passer den forsikrede, uanset årsag.

5.3 Samarbejdspligt

Forsikringstageren og/eller den forsikrede er forpligtet til at samarbejde med Skandia og til uden ugrundet ophold at

underrette Skandia, hvis de kan rejse krav om erstatning fra anden side, eller tage andre juridiske skridt over for tredjemand.

Forsikringstageren og/eller den forsikrede skal desuden holde Skandia fuldt informeret og træffe de foranstaltninger, der er nødvendige for at rejse krav om erstatning fra anden side og varetage Skandias interesser.

5.4 Ansvarlig skadevolder

Skandia har i alle tilfælde ret til at indtræde direkte i den forsikredes krav over for en ansvarlig skadevolder.

6. Vilkår for aftalen om forsikring

Aftalen om forsikring gælder mellem Skandia og den eller de personer, der står som forsikringstager i forsikringsaftalen.

Forsikringstageren får en forsikringsaftale fra Skandia som bevis på aftalen. Forsikringsaftalen oplyser blandt andet, hvornår forsikringen træder i kraft, hvor meget den koster, og om der også gælder særlige forsikringsbetingelser.

Ved aftalen om forsikring forstås det samlede aftalegrundlag, som er dokumenteret ved:

1. En underskrevet forsikringsaftale mellem forsikringstager og Skandia
2. Gældende forsikringsbetingelser.

6.1 Forsikringstager ejer forsikringsaftalen

Forsikringstageren er ejer af forsikringsaftalen og den (juridiske eller fysiske) person, som Skandia aftaler vilkår og pris med.

6.2 Forsikrede

'Forsikrede' er i disse betingelser private personer og medforsikrede ægtefælle/samlever og børn.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), Norge, Sverige og Tyskland og være omfattet af landets offentlige sygesikringsordning, medmindre andet er aftalt med Skandia.

Personer kan meldes til forsikringen, indtil de fylder 65 år. Husstandens børn kan forsikres fra de fylder 1 år, indtil de fylder 21 år, og defineres som biologiske og adoptivbørn, plejebørn (der skal foreligge en kommunal godkendelse af plejeforholdet, ligesom der skal være tale om døgnpleje på husstandens adresse), samt stedbørn med samme adresse som forsikringstageren.

6.3 Forsikringsbevis

De forsikrede modtager et velkomstbrev og et forsikringsbevis (en police) fra Skandia, når forsikringen bliver oprettet. Sker der ændringer i forsikringen, får de forsikrede besked fra Skandia.

6.4 Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger

Hvis forsikringstageren, den forsikrede eller andre giver Skandia ufuldstændige eller forkerte oplysninger, når forsikringen bliver oprettet, gælder bestemmelserne i forsik-

ringsaftalelovens §§ 4 til 10. Det betyder, at forsikringsdækningen helt eller delvist kan bortfalde.

Hvis forsikringstageren, den forsikrede eller andre hverken vidste eller burde vide, at de gav Skandia en urigtig oplysning, hæfter Skandia, som om den urigtige oplysning ikke forelå.

6.5 Ændring i risikoen

Hvis der sker ændringer i risikoforholdene, skal Skandia straks have besked. I modsat fald kan Skandia begrænse dækningen eller afvise at dække en skade.

Skandia skal blandt andet have besked:

- hvis der er forkerte oplysninger i forsikringsaftalen, opkrævningen eller medsendte specifikationer
- hvis forsikringstageren opretter eller har oprettet en forsikring mod samme risiko i et andet selskab
- hvis den forsikredes virke eller bopæl ændres.

Skandia beslutter, om forsikringen kan fortsætte og på hvilke betingelser.

6.6 Ændring af forsikringsbetingelser og pris

Skandia kan ændre forsikringsbetingelser og pris med 30 dages varsel til udgangen af en måned. Skandia vil i så fald orientere forsikringstageren skriftligt.

Forsikringstageren kan opsig forsikringen med 14 dages varsel, hvis ændringen betyder, at forsikringsbetingelserne bliver skærpet, eller prisen på forsikringen stiger. Opsigelsen skal ske inden 14 dage, efter at Skandia har orienteret forsikringstageren om ændringerne.

En indeksregulering eller afgifter og lignende, som det offentlige pålægger, betragtes ikke som en ændring af forsikringsbetingelser eller pris.

6.7 Forsikringssum

Skandia dækker udgifter på op til 1.500.000 kr. pr. år. For børn dækkes udgifter op til 500.000 kr. om året og beløbet deles af de forsikredes børn.

Beløbene er faste og indeksreguleres ikke.

7. Tilmelding til forsikringen

7.1 Ingen oplysninger om helbred

Hvis forsikringen er oprettet som led i en firmaaftale, skal den medforsikrede ikke oplyse Skandia om sit helbred for at komme med i sundhedsforsikringen.

7.2 Specielt for firmaaftale

Forsikrede er omfattet af en karenperiode de første 12 måneder. I den periode dækker forsikringen ikke udgifter til behandling af lidelser eller senere følger af lidelser, der er indtruffet eller diagnosticeret, eller som den forsikrede var bekendt med eller burde have været bekendt med, inden forsikringen trådte i kraft.

7.3 Overgang fra et andet forsikringsselskab

Når Skandia overtager en firmaaftale fra et andet forsikringsselskab, får de medforsikrede ægtefæl-

ler/samlevere og børn deres anciennitet fra dette selskab med over i Skandia, hvis sundhedsforsikringen kan overføres, uden at dækningen bliver afbrudt.

Det samme gælder fremtidige medarbejdere ægtefælle/samlever og børn, der på ansættelsestidspunktet har været forsikret i et andet forsikringsselskab.

8. Betaling for forsikringen

8.1 Tidspunkt for betaling

Skandia opkræver betaling på giro eller via PBS. På opkrævningen står der, hvornår sidste rettidige betalingsdag er. Første gang, forsikringen forfalder til betaling, er, når forsikringen træder i kraft.

Skandia har ret til at få dækket udgifter til porto.

8.2 Ansvar for betaling og påmindelse

Forsikringstageren har ansvar for, at Skandia modtager betalingen for forsikringen rettidigt. Skandia sender en påmindelse om betaling, hvis fristen for betaling er overskredet. Påmindelsen vil informere om, at forsikringens dækning ophører, hvis beløbet ikke bliver betalt senest 21 dage efter påmindelsen.

Skandia har ret til at opkræve gebyrer for:

- at sende påmindelser om betaling
- at sende oplysninger om regulering
- at udarbejde og levere dokumenter, informationer eller andre ekstraordinære ydelser.

8.3 Afgifter

Skandia opkræver afgifter til staten og gebyrer sammen med betaling for forsikringen.

8.4 Aldersbestemt pris

Prisen kan for den enkelte forsikrede være løbende afhængig af alderen, dvs. baseret på alder ved næste fødselsdag.

8.5 Forudsætninger for prisen

Hvis prisen på forsikringen er baseret på nogle forudsætninger, som ikke længere er til stede, kan Skandia regulere prisen ved næste hovedforfald.

8.6 Indeksregulering

Prisen for forsikringen bliver indeksreguleret hvert år på hovedforfaldsdatoen.

Bliver forsikringen ændret mellem den 1. januar og en senere hovedforfaldsdato i året, bliver prisen indeksreguleret på ændringsdatoen.

Regulering sker på grundlag af Timelønsindekset, der offentliggøres hvert år i november af Danmarks Statistik.

Hvis Danmarks Statistik stopper udgivelsen af det anvendte indeks, har Skandia ret til at bruge et andet af Danmarks Statistiks indekser.

8.7 Fornyelse af forsikring

Forsikringer, som er oprettet for et år ad gangen, bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen.

9. Opsigelse og ophør

9.1 Forsikringstagers ret til at opsig

Forsikringstageren kan opsig forsikringen med mindst en måneds skriftligt varsel til hovedforfaldsdato, dog tidligst når forsikringen har været i kraft uafbrudt i 12 måneder.

9.2 Skandias ret til at opsig

Skandia kan opsig forsikringen med mindst en måneds skriftlig varsel til hovedforfaldsdato, dog tidligst når forsikringen har været i kraft uafbrudt i 12 måneder.

Desuden kan Skandia til enhver tid uden varsel opsig forsikringen:

- hvis der er tegn på svig eller forsøg på det
- hvis der udbryder krig, oprør eller borgerlige uroligheder i Danmark.

9.3 Forsikredes ret til at opsig

Den forsikrede kan opsig sin forsikring med 30 dages varsel til udgangen af en kalendermåned. Dette kan dog være forhindret af vilkårene i ansættelsesforholdet.

9.4 Forsikringen ophører

Medmindre forsikringstager og Skandia har aftalt andet, ophører dækningen uden varsel:

- den dag forsikringsaftalen ophører
- den dag den forsikrede fylder 70 år eller børn fylder 21 år
- hvis reglerne i punkt 6.2 forhindrer, at den forsikrede kan være omfattet af forsikringen
- hvis medarbejderen ikke længere er omfattet af firmaaftalen.

9.5 Ansvarstid ved ophør

Hvis forsikringen ophører, ophører retten til erstatning samtidig. Skandia dækker følger af en tilskadekomst eller sygdom, som er opstået i forsikringsperioden, i op til tre måneder efter forsikringens ophør. Det er dog et krav, at Skandia har godkendt skaden på forhånd.

Skandia har ingen erstatningspligt efter ophørsdatoen, hvis forsikringsaftalen er oprettet med kortere løbetid end et år. Det samme gælder en fornyet forsikringsaftale, der løber i kortere tid end et år.

Når forsikringen er ophørt, og der er sket en skade i forsikringstiden, skal skaden anmeldes til Skandia uden ugrundet ophold.

10. Lovgivning og klager

10.1 Lovgivning

Forsikringen følger dansk rets almindelige regler, herunder bestemmelserne i den til enhver tid gældende forsikringsaftalelov og lov om finansiel virksomhed samt regler udstedt i medfør heraf, medmindre andet er bestemt i aftalegrundlaget eller øvrige vilkår og bestemmelser, der knytter sig til aftalen.

10.2 Klager vedrørende sagsbehandling

Forsikringstageren eller den forsikrede har mulighed for at klage, hvis de er uenige i Skandias afgørelse af en sag. Klager skal sendes så hurtigt som muligt – og senest seks måneder efter at sagen er afgjort – til:

Skandia
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S
Att.: Den klageansvarlige

Se mere om klagemuligheder på skandia.dk/klage

10.3 Ankenævn

Hvis Skandia og forsikringstageren eller den forsikrede ikke kan blive enige, er det muligt at klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Telefon 33 15 89 00

Der skal betales et gebyr for at klage til Ankenævnet. Skandia refunderer gebyret, hvis forsikringstageren eller den forsikrede får medhold i klagen.

10.4 Værneting

Tvister om forsikringsaftalen skal afgøres efter dansk ret. Tvister, som ikke kan afgøres ved voldgift, skal afgøres ved de danske domstole. Værneting er København.