

BETINGELSER

Oversigt over forsikringsbetingelser	Side
Care Forsikring, generelle betingelser	5
Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring	7
Behandlingsforsikring - Arbejdsrelateret dækning	10
Behandlingsforsikring - Privatrelateret dækning	13
Behandlingsforsikring - Fysioterapi/Kiropraktik	16
Behandlingsforsikring - Behandling hos psykolog	17
Behandlingsforsikring - Transportdækning	18
Behandlingsforsikring - Misbrugsbehandling	19
Behandlingsforsikring - Privat	20
Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring - Privat	22
Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring	25
Sygedriftstab	27
Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring - Privat	30
Diagnoseforsikring - Privat	33
Diagnoseforsikring	35
Fællesbetingelser for Sygedriftstabsforsikring	37
Sygedriftstabsforsikring Plus	39
Sygedriftstabsforsikring Plus - Tandlæger	42

Care Forsikring, generelle betingelser

Generelle betingelser for følgende forsikringsprodukter under Care Forsikring:

Behandlingsforsikring, Diagnoseforsikring, Sygedriftstabsforsikring og Sygedriftstabsforsikring Plus.

Det fremgår af policen, hvilke forsikringsprodukter den omfatter.

For forsikringen gælder policen, forsikringsbetingelserne (disse Generelle betingelser, Fællesbetingelser og de for dækningen specifikke betingelser), Lov om forsikringsaftaler (i det omfang loven ikke er fraveget), Lov om forsikringsvirksomhed samt Lov om finansiel virksomhed.

I Betaling af præmie

1.1 Opkrævning

Codan sender en opkrævning til den betalingsadresse, som forsikringstageren har opgivet, eller ved elektronisk betalingsopkrævning.

Eventuelle afgifter til staten opkræves samtidig med præmien.

1.2 Den årlige betaling af forsikringen

Forsikringen skal betales første gang, når den træder i kraft, og derefter på forsikringens forfaldsdage.

Betaling skal senest ske på den dato, der fremgår af opkrævningen som sidste rettidige betalingsdato, eller datoen på Betalingsoversigten.

1.3 Manglende betaling

Betales det opkrævede beløb ikke rettidigt, sender Codan en rykker for betaling, med oplysning om retsvirkningerne af for sen betaling.

1.4 Gebyrer, afgifter og renter

Codan er berettiget til at tillægge præmien et gebyr for opkrævning, samt rykkergebyr og morarenter ved for sen betaling.

Codan kan, herudover, beregne sig gebyr for udskrivning af dokumenter og for andre serviceydelser.

Nærmere oplysninger om gebyrer kan findes på Codan.dk eller ved henvendelse til Codan.

1.5 Tilbagebetaling

NemKonto:

Tilbagebetaling af præmie kan se via NemKonto-systemet til den konto, der er valgt som NemKonto.

Betalingservice:

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

1.6 Modregning

Codan vil benytte sig af sin ret til modregning inden for kundeforholdet.

2 Fornyelse og opsigelse

2.1 Fornyelse

Forsikringen er tegnet for en 1 årig periode og fornyes for 1 år ad gangen.

2.2 Opsigelse til udløb af en forsikringsperiode

Forsikringsaftalen kan af såvel forsikringstageren som Codan opsiges med 1 måneds skriftlig varsel til policens hovedforfaldsdato.

2.3 Opsigelse efter skade

Efter enhver anmeldt skade kan såvel forsikringstageren som Codan i tidsrummet fra skadens anmeldelse og indtil 14 dage efter betaling eller afvisning af skaden, ophæve forsikringen med 1 måneds varsel til den 1. i en måned.

I stedet for at ophæve forsikringen, kan Codan gøre en fortsættelse betinget af begrænsninger i dækningen eller en forhøjelse af præmien.

3 Ændring af præmietarif eller forsikringsbetingelser

3.1 Varsling

Hvis Codan, for forsikringsprodukter af samme art, eller for samme kunde- eller risikogruppe, ændrer præmietarif eller forsikringsbetingelser, kan Codan med mindst 1 måneds varsel til hovedforfald ændre forsikringsbetingelserne og/eller præmie for denne police.

4 Ejerskifte, virksomhedsophør, konkurs og rekonstruktion, jf. konkursloven

4.1 Ejerskifte m.v.

Ejerskifte og virksomhedsophør skal straks anmeldes til Codan. Konkurs og rekonstruktion betragtes som ejerskifte.

Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring

I Hvemt er dækket

1.1 Forsikringsaftalens personkreds

Forsikringstageren er den virksomhed, der indgår aftalen med Codan.

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere forsikrede.

Forsikringsbetingelserne kan være fraveget ved skriftlig aftale mellem forsikringstageren og Codan.

1.2 De forsikrede personer

Forsikrede er den eller de personer, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

1.3 Til- og afmelding af personer

Forsikringstageren skal give Codan besked om personer, der ønskes tilmeldt, henholdsvis afmeldt, forsikringen.

De nærmere regler er beskrevet i policen.

2 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker i Danmark, resten af Norden og Tyskland.

3 Generelle undtagelser fra dækning

3.1 Forsikringen omfatter ikke

Udover de undtagelser, der er anført i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger, omfatter forsikringen, uanset forsikredes sindstilstand på skadetidspunktet, ikke skader:

- der er fremkaldt af forsikrede ved forsæt eller ved grov uagtsomhed
- der er forårsaget af forsikrede under selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika, eller under dertil svarende påvirkning
- der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konflikten udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet

- opstået under rejse i lande, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- der skyldes udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling
- der skyldes terror; herunder biologiske, bakteriologiske og kemiske angreb.

4 Forholdsregler i tilfælde af skade

4.1 Anmeldelse af skader

Er forsikrede af sin praktiserende læge blevet henvist til undersøgelse og/eller behandling, og forsikrede efterfølgende ønsker at bruge sin Behandlingsforsikring, skal forsikrede anmelde skaden til Codan.

Af policen/dækningsbeviset fremgår det, hvordan forsikrede anmelder en skade på forsikringen.

Det er vigtigt, at forsikrede ikke igangsætter undersøgelse eller behandling uden forudgående godkendelse fra Codan, da sådanne undersøgelser eller behandlinger ikke er dækket af forsikringen.

Har forsikrede behov for akut hjælp, skal forsikrede altid kontakte egen læge, lægevagten, skadestuen eller ringe 112.

Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Codan anser for nødvendige til afgørelse af udbetalingspligten og erstatningens størrelse. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger, har forsikrede ingen ret til dækning.

Codan kan til enhver tid betinge yderligere behandling under forsikringen af, at forsikrede gennemgår undersøgelse hos en af Codan valgt speciallæge, der kan bekræfte den stillede diagnose, og/eller behandlingens relevans.

4.2 Forældelse

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

4.3 Tilsvarende forsikring i andet selskab

I sygdomstilfælde skal forsikrede straks give Codan 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 forholds-mæssigt.

I det omfang en udgift kan dækkes fuldt ud fra anden side, f.eks. Lov om arbejdsskadesikring, er der ikke ret til erstatning under denne forsikring.

5 Behandling i Codans netværk

5.1 Codan har et kvalitetssikret netværk

Undersøgelse og behandling skal finde sted i Codans netværk. Netværket omfatter udvalgte behandlingssteder i Danmark, resten af Norden og Tyskland.

6 Maksimal erstatning

6.1 Erstatningen er maksimeret

I policen/dækningsbeviset er anført den maksimale sum (indeksreguleres), som denne forsikring dækker for en enkelt lidelse/ulykke og følgerne heraf.

I dækningsbeviset er også anført det maksimale beløb, den forsikrede kan behandles for i forsikringens løbetid (indeksreguleres ikke). Når den maksimale erstatning i forsikringens løbetid er udbetalt, bortfalder dækningen for den forsikrede.

7 Tvister

7.1 Opstår der uenighed

Er forsikrede ikke enig i Codans afgørelse af en sag, kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for, at rette henvendelse til Codans klageansvarlige, enten pr. brev med att.: "Codans klageansvarlige" eller via klageansvarlig@codan.dk.

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 Codan 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 forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd.

Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikrede og Codan vælger hver sin vurderingsmand, 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, og afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadeopgørelsesprincipper, 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.

8 Indeksregulering

Med mindre andet fremgår af policen indeksreguleres præmien, forsikringssummer samt evt. beløb for selvrisiko.

8.1 Tidspunkt for indeksregulering

Regulering af forsikringssummer, præmie og evt. selvrisiko foretages på den dato policen har hovedforfald.

8.2 Indekstal

Reguleringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ved indeksreguleringen forhøjes præmie, summer og evt. selvrisiko med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ reguleres beløbene ikke, men forbliver uændret til næste indeksregulering.

Hvis udgivelsen af lønindeks for den private sektor ophører, har Codan ret til at fortsætte indeksreguleringen efter et andet indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

Præmien fastsættes af Codan for 1 år ad gangen.

Behandlingsforsikring - Arbejdsrelateret dækning

I Hvad dækker forsikringen

I.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og behandling.

I.2 Lidelsen skal være relateret til arbejdslivet

Det er en forudsætning for dækning, at behovet for undersøgelse og behandling af sygdom eller ulykke, er direkte relateret til arbejdslivet.

Det betyder, at lidelsen, der skal undersøges eller behandles, skal være opstået, mens forsikrede var omfattet af arbejdsskadeforsikringsloven eller udøvede selvstændig erhvervsvirksomhed.

Der skal være en direkte årsagssammenhæng mellem arbejdets udførelse og den sygdom eller ulykke, som forsikrede skal behandles for.

I.3 Lidelser opstået i forsikringstiden

Forsikringen dækker udgifter i forbindelse med dækningsberettiget sygdom eller følger efter ulykke, som er opstået i forsikringstiden. Påbegyndt undersøgelse eller behandling af sådanne sygdomme eller følger, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør, når den forsikrede har søgt læge for dette i forsikringstiden.

I.4 Lidelser opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse eller behandling for sygdomme eller følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen/dækningsbeviset.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også behandling af sådanne sygdomme.

I.5 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

I.6 Undersøgelse/Behandling skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende undersøgelse/behandling inden den påbegyndes, og undersøgelse/behandling skal foregå på et af Codans godkendte behandlingssteder.

Se pkt. 4.1 Anmeldelse af skader, i Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring.

I.7 Selvrisko

Forsikringen kan være tegnet med selvrisko, der gælder for hvert skadetilfælde, der anmeldes under forsikringen.

Størrelsen af selvriskoen, der indeksreguleres, fremgår af policen/dækningsbeviset.

2 Hvilke undersøgelser/behandlinger dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

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.

2.2 Behandlingen skal have varig effekt

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og til behandling af sygdomme, hvis behandlingen forventes at kunne kurere sygdommen, eller væsentligt og varigt bedre forsikredes tilstand. Udgifter til behandling af kroniske lidelser er således ikke dækket.

Dog dækker forsikringen pleje ved uhelbredelig terminal sygdom i indtil 3 måneder.

Ved behandling forstås den kirurgiske, medicinske eller behandlingsmæssige procedure, det efter almen lægelig vurdering vil være rimeligt at iværksætte.

2.3 Følgende udgifter kan dækkes

Forsikringen dækker, efter godkendelse fra Codan rimelige og nødvendige udgifter til:

- undersøgelse og behandling hos speciallæge eller på hospital
- ambulat efterbehandling, udført af læge, efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation
- proteser og hjælpemidler, hvis disse er et led i den behandling, som finder sted efter en dækningsberettiget operation

- second opinion dækkes ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade, eller hvis forsikrede står overfor et svært valg i forhold til behandling, der i sig selv kan være livstruende
- behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, ergoterapeut og talepædagog, når behandlingen foretages i tilslutning til en forudgående indlæggelse eller operation. Behandling dækkes i indtil 6 måneder, regnet fra udskrivning/operation/det tidspunkt hvor opererende læge mener genoptræning kan påbegyndes. Se dog pkt. 1.3. Forsikringen dækker patientandelen -og det er derfor en forudsætning, at behandleren har overenskomst med Sygesikringen, og at den udførte behandling er tilskudsberettiget
- rekreationsophold, der finder sted i direkte tilslutning til udskrivning efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Dækkes i indtil 30 dage, og med indtil 50.000 kr. i forsikringens løbetid
- hjemmehjælp/hjemmesygepleje i direkte tilslutning til udskrivning efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Dækkes i indtil 30 dage
- akupunkturbehandling, med op til 10 behandlinger årligt, regnet fra 1. behandlingsdag. Behandleren skal være læge, fysioterapeut, medlem af Foreningen af praktiserende akupunktører eller Registreret Alternativ Behandler (RAB)
- behandling hos zoneterapeut, med op til 10 behandlinger årligt, regnet fra 1. behandlingsdag. Zoneterapeuten skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB)
- forbruget af lægeordineret medicin, i tilslutning til en dækningsberettiget indlæggelse eller operation, dog max. 6 måneder efter udskrivning operation
- transport til og fra indlæggelse eller operation, når den forsikrede på grund af sygdom, efter den behandelende læges skriftlige vurdering, er ude af stand til at transportere sig selv i bil eller med offentlige transportmidler. Kørsel i bil refunderes med km.-godtgørelse efter statens laveste takst. Se dog pkt. 3.1, vedrørende ophold udenfor Danmark.
- ved indlæggelse af et forsikret barn under 18 år, dækkes udgifter til transport, ophold og forplejning for en pårørende/ledsager.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Forsikringen dækker udgifter nævnt under pkt. 2, men dækker eksempelvis ikke:

- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- akut behandling (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- alternativ behandling (behandling, der foretages af personer uden godkendelse eller autorisation fra Sundhedsstyrelsen)
- tandbehandling - og kirurgi - med mindre der er tale om, at forsikrede under dækningsberettiget operation pådrager sig en tandskade, for hvilken der på grund af skadens omfang ikke ydes erstatning efter gældende lov om Patientforsikring. Erstatning ydes med op til 15.000 kr. (Sum indeksreguleres ikke)
- skader opstået under professionel udøvelse af sport (kontraktmæssig aflønning fra sportsklub eller sponsor)
- kosmetisk behandling, med mindre den foretages som direkte følge af et sygdoms- eller ulykkestilfælde
- eksperimentel behandling
- udgifter der afholdes under ophold i udlandet, i forbindelse med hjemtransport fra udlandet, eller ekstraudgifter til transport, ophold og fortæring, der er affødt af, at den forsikrede er bosiddende udenfor Danmark, herunder i Grønland eller på Færøerne
- udgifter til undersøgelser/behandlinger, der ikke udføres i Danmark. Dette gælder også undersøgelser/behandlinger, hvor overvægt er årsagen til, at forsikrede ikke kan undersøges/behandles på et privat eller offentligt sygehus i Danmark
- private udgifter under indlæggelsen
- 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.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Behandlingen af følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket:

- human immundefekt (HIV)-infektion og-inducerede sygdomme
- psykiske lidelser, bortset fra behandling hos psykolog/psykiater, der er nødvendiggjort af en anden sygdom, for hvilken operation under indlæggelse er eller skal foretages. Behandling hos psykolog/psykiater skal påbegyndes senest 14 dage efter udskrivning
- misbrugs lidelser af enhver art, herunder alkohol- og medicinmisbrug
- transplantation af organer
- behandling som følge af defekt eller slidtage i ikke dækningsberettigede kosmetiske implantater
- sterilitet og barnløshed
- epidemier eller pandemier, der er taget under offentlig behandling.

Behandlingsforsikring - Privatrelateret dækning

I Hvad dækker forsikringen

I.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og behandling.

I.2 Lidelsen skal være relateret til privatlivet

Det er en forudsætning for dækning, at behovet for undersøgelse og behandling af sygdom eller ulykke, er relateret til privatlivet.

Det betyder, at lidelsen, der skal undersøges eller behandles, skal være udløst af faktorer, der ikke kan henføres til arbejdslivet, d.v.s. ikke er opstået, mens forsikrede var omfattet af arbejdsskadeforsikringsloven eller udøvede selvstændig erhvervsvirksomhed.

I.3 Lidelser opstået i forsikringstiden

Forsikringen dækker udgifter i forbindelse med dækningsberettiget sygdom eller følger efter ulykke, som er opstået i forsikringstiden. Påbegyndt undersøgelse eller behandling af sådanne sygdomme eller følger, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør, når den forsikrede har søgt læge for dette i forsikringstiden.

I.4 Lidelser opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse eller behandling for sygdomme eller følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen/dækningsbeviset.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også behandling af sådanne sygdomme.

I.5 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

I.6 Undersøgelse/Behandling skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende undersøgelse/behandling inden den påbegyndes, og undersøgelse/behandling skal foregå på et af Codans godkendte behandlingssteder. Se pkt. 4.1 Anmeldelse af skader, i Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring.

I.7 Selvrisko

Forsikringen kan være tegnet med selvrisko, der gælder for hvert skadetilfælde, der anmeldes under forsikringen.

Størrelsen af selvriskoen, der indeksreguleres, fremgår af policen/dækningsbeviset.

2 Hvilke undersøgelser/behandlinger dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

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.

2.2 Behandlingen skal have varig effekt

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og til behandling af sygdomme, hvis behandlingen forventes at kunne kurere sygdommen, eller væsentligt og varigt bedre forsikredes tilstand. Udgifter til behandling af kroniske lidelser er således ikke dækket.

Dog dækker forsikringen pleje ved uhelbredelig terminal sygdom i indtil 3 måneder.

Ved behandling forstås den kirurgiske, medicinske eller behandlingsmæssige procedure, det efter almen lægelig vurdering vil være rimeligt at iværksætte.

2.3 Følgende udgifter kan dækkes

Forsikringen dækker, efter godkendelse fra Codan rimelige og nødvendige udgifter til:

- * undersøgelse og behandling hos speciallæge eller på hospital
- * ambulat efterbehandling, udført af læge, efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation
- * proteser og hjælpemidler, hvis disse er et led i den behandling, som finder sted efter en dækningsberettiget operation
- * second opinion dækkes ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade, eller hvis forsikrede står overfor et svært valg i forhold til behandling, der i sig selv kan være livstruende

- behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, ergoterapeut og talepædagog, når behandlingen foretages i tilslutning til en forudgående indlæggelse eller operation. Behandling dækkes i indtil 6 måneder, regnet fra udskrivning/operation/det tidspunkt hvor opererende læge mener genoptræning kan påbegyndes. Se dog pkt. 1.3. Forsikringen dækker patientandelen -og det er derfor en forudsætning, at behandleren har overenskomst med Sygesikringen, og at den udførte behandling er tilskudsberettiget
- rekreationsophold, der finder sted i direkte tilslutning til udskrivning efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation. Dækkes i indtil 30 dage, og med indtil 50.000 kr. i forsikrings løbetid
- hjemmehjælp/hjemmesygepleje i direkte tilslutning til udskrivning efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation dækkes i indtil 30 dage
- akupunkturbehandling, med op til 10 behandlinger årligt, regnet fra 1. behandlingsdag. Behandleren skal være læge, fysioterapeut, medlem af Foreningen af praktiserende akupunktører eller Registreret Alternativ Behandler (RAB)
- behandling hos zoneterapeut, med op til 10 behandlinger årligt, regnet fra 1. behandlingsdag. Zoneterapeuten skal være Registreret Alternativ Behandler (RAB)
- konsultation hos autoriseret diætist, med op til 10 konsultationer årligt, hvis forsikrede har en BMI på 17 eller derunder, eller på 35 eller derover. Dækningen er maksimeret til 2 behandlingsforløb i forsikrings løbetid
- forbruget af lægeordineret medicin, i tilslutning til en dækningsberettiget indlæggelse eller operation, dog max. 6 måneder efter udskrivning operation
- transport til og fra indlæggelse eller operation, når den forsikrede på grund af sygdom, efter den behandelende læges skriftlige vurdering, er ude af stand til at transportere sig selv i bil eller med offentlige transportmidler. Kørsel i bil refunderes med km.-godtgørelse efter statens laveste takst. Se dog pkt. 3.1, vedrørende ophold udenfor Danmark
- ved indlæggelse af et forsikret barn under 18 år, dækkes udgifter til transport, ophold og forplejning for en pårørende/ledsager
- ved indlæggelse af forsikrede på et hospital, der ligger mere end 100 km. fra forsikredes helårsbolig, dækkes

udgifter til transport, ophold og forplejning for en pårørende/ledsager. Se dog pkt. 3.1, vedrørende ophold udenfor Danmark.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Forsikringen dækker udgifter nævnt under pkt. 2, men dækker eksempelvis ikke:

- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- akut behandling (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- alternativ behandling (behandling, der foretages af personer uden godkendelse eller autorisation fra Sundhedsstyrelsen)
- tandbehandling - og kirurgi - med mindre der er tale om, at forsikrede under dækningsberettiget operation pådrager sig en tandskade, for hvilken der på grund af skadens omfang ikke ydes erstatning efter gældende lov om Patientforsikring. Erstatning ydes med op til 15.000 kr. (Sum indeksreguleres ikke)
- skader opstået under professionel udøvelse af sport (kontraktmæssig aflønning fra sportsklub eller sponsor)
- kosmetisk behandling, med mindre den foretages som direkte følge af et sygdoms- eller ulykkestilfælde
- eksperimentel behandling
- udgifter der afholdes under ophold i udlandet, i forbindelse med hjemtransport fra udlandet, eller ekstraudgifter til transport, ophold og fortæring, der er affødt af, at den forsikrede er bosiddende udenfor Danmark, herunder i Grønland eller på Færøerne
- udgifter til undersøgelser/behandlinger, der ikke udføres i Danmark. Dette gælder også undersøgelser/behandlinger, hvor overvægt er årsagen til, at forsikrede ikke kan undersøges/behandles på et privat eller offentligt sygehus i DK
- private udgifter under indlæggelsen
- 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.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Behandlingen af følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket:

- human immundefekt (HIV) -infektion og -inducerede sygdomme
- psykiske lidelser, bortset fra behandling hos psykolog/psykiater, der er nødvendiggjort af en anden sygdom, for hvilken operation under indlæggelse er eller skal foretages. Behandling hos psykolog/psykiater skal påbegyndes senest 14 dage efter udskrivning
- misbrugslidelser af enhver art, herunder alkohol- og medicinmisbrug - med mindre, der er tegnet særskilt dækning herfor
- transplantation af organer
- fedmeoperation og følger heraf
- operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl
- behandling som følge af defekt eller slidtage i ikke dækningsberettigede kosmetiske implantater
- sterilitet og barnløshed
- graviditet og fødsel
- epidemier eller pandemier, der er taget under offentlig behandling.

Behandlingsforsikring - Fysioterapi/Kiropraktik

I Hvad dækker forsikringen

Dækningen er for denne aftale udvidet, således at afsnittet "Følgende udgifter kan dækkes" tillige omfatter følgende dækning. De bestemmelser og forudsætninger, der i øvrigt gælder for Behandlingsforsikringen er også gældende for nedenstående.

2 Behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor

Forsikringen dækker udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor.

2.1 Følgende udgifter kan dækkes

- Forsikringen dækker patientandelen - og det er derfor en forudsætning, at fysioterapeuten/kiropraktoren har

overenskomst med Sygesikringen, og at den udførte behandling er tilskudsberettiget

- Endvidere dækkes i tilslutning til undersøgelse/ behandling hos kiropraktor; én årlig røntgenundersøgelse

2.2 Behandlingen skal have varig effekt

- Det er en forudsætning for dækning, at behandlingen vil medføre en varig bedring af tilstanden. Behandling af lidelser, der ikke varigt kan bedres, er således ikke dækket. Efter behandlingens afslutning, vil behandling for samme lidelse først kunne dækkes, når forsikrede har været symptomfri i mindst 12 måneder.

Behandlingsforsikring - Behandling hos psykolog

1 Hvad dækker forsikringen

Dækningen er for denne aftale udvidet, således at afsnittet "Følgende udgifter kan dækkes" tillige omfatter følgende dækning. De bestemmelser og forudsætninger, der i øvrigt gælder for Behandlingsforsikringen er også gældende for nedenstående.

2 Behandling hos psykolog eller psykiater

Forsikringen dækker udgifter til behandling hos psykolog eller psykiater:

2.1 Følgende udgifter kan dækkes

- * Behandling af psykiske lidelser hos psykolog eller psykiater:
Psykologen skal have autorisation efter dansk ret, eller; hvis psykologen er etableret i udlandet, have tilsvarende kvalifikationer.
- * Akut krisehjælp hos psykolog.
Krav om kontakt til egen læge og Codan før behandling igangsættes, gælder ikke ved behov for akut krisehjælp. Ring døgnet rundt på 33 55 32 00.

Behandlingsforsikring - Transportdækning

I Hvad dækker forsikringen

1.1 Flytransport

Forsikringen dækker flytransport fra den lufthavn, der er angivet i policen/dækningsbeviset og til Københavns Lufthavn (CPH) - og retur.

Forsikringen dækker udgiften svarende til én returrejsbillet på økonomiklasse pr. skadetilfælde. Er den behandlingskrævende et forsikret barn under 18 år, dækkes tillige udgiften til en returrejsbillet på økonomiklasse for en ledsager.

Ønsker forsikrede at rejse fra anden lufthavn, vil denne udgift kunne dækkes, dog maksimalt svarende til udgiften til en rejse fra den i policen angivne lufthavn.

2 Hvad dækker forsikringen ikke

2.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Forsikringen dækker ikke afledte udgifter af flytransporten, som eksempelvis udgifter til overnatning i København, udgifter til bespisning eller udgifter til taxa-, bus- og togtransport.

3 Skaden skal først anmeldes til Codan

3.1 Skaden skal være dækningsberettiget

Det er en forudsætning for dækning, at skaden er anerkendt af Codan, jf. Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring, pkt. 4, og at det ved lægeerklæring er dokumenteret, at undersøgelse eller behandling, ikke kan finde sted på et lokalt privat behandlingssted.

Ønsker forsikrede at benytte sig af transportdækningen, skal forsikrede kontakte Codan på tlf. 33 55 38 34. Codan vurderer, om der er tale om en dækningsberettiget skade, men vurderer ikke, om det er forsvarligt for forsikrede at benytte flytransport.

Forsikrede sørger selv for bestilling af flybillet, og indsender efterfølgende regningen for billetten til Codan.

Codan påtager sig intet ansvar for transporten. Forsikredes eventuelle erstatningsansvar som følge af, at det ikke var lægeligt forsvarligt for forsikrede at benytte den valgte transportform, er Codan uvedkommende.

Behandlingsforsikring - Misbrugsbehandling

I Hvad dækker forsikringen

1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til behandling af misbrug.

1.2 Misbrug opstået i forsikringstiden

Forsikringen dækker udgifter i forbindelse med dækningsberettiget misbrug, som er opstået i forsikringstiden. Påbegyndt behandling er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør, når den forsikrede har søgt læge for dette i forsikringstiden.

1.3 Misbrug opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse eller behandling for misbrug, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er opstået inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen/dækningsbeviset.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også behandling af misbrug opstået før forsikrede blev omfattet af forsikringen.

1.4 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

1.5 Behandling skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende behandling inden den påbegyndes, og behandling skal foregå på et af Codans godkendte behandlingssteder. Se pkt. 4.1 Anmeldelse af skader; i Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring.

2 Hvilken behandling dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

Når forsikrede ved konsultation hos sin praktiserende læge får konstateret behov for behandling og derfor henvises til behandling for:

- * alkoholmisbrug
- * narkotikamisbrug
- * medicinmisbrug

forsikringen dækker når der foreligger en skriftlig henvisning til behandling, jf. ovenfor og behandlingsstedet vurderer, at der er en realistisk helbredelsesmulighed.

2.2 Forsikringen dækker op til 2 behandlingsforløb

Dækningen er maksimeret til 2 behandlingsforløb i forsikringens løbetid.

2.3 Følgende udgifter kan dækkes

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til dag- og/eller døgnbehandling.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Udgifter, der ikke er nævnt under pkt. 2, herunder eksempelvis udgifter til:

- * praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- * akut behandling (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- * private udgifter under indlæggelsen
- * 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.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Forsikringen dækker ikke behandling for andet misbrug, eller andre afhængigheder, end de der er nævnt under pkt. 2.1.

Behandlingsforsikring - Privat

1 Hvad dækker forsikringen

1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og behandling.

1.2 Lidelser opstået i forsikringstiden

Forsikringen dækker udgifter i forbindelse med dækningsberettiget sygdom eller følger efter ulykke, som er opstået i forsikringstiden. Påbegyndt undersøgelse eller behandling af sådanne sygdomme eller følger, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens ophør, når den forsikrede har søgt læge for dette i forsikringstiden.

1.3 Lidelser opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse eller behandling for sygdomme eller følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen/dækningsbeviset.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også behandling af sådanne sygdomme.

1.4 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

1.5 Undersøgelse/Behandling skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende undersøgelse/behandling inden den påbegyndes, og undersøgelse/behandling skal foregå på et af Codans godkendte behandlingssteder. Se pkt. 5.1 Anmeldelse af skader; i Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring.

1.6 Selvrisko

Forsikringen kan være tegnet med selvrisko, der gælder for hvert skadetilfælde, der anmeldes under forsikringen.

Størrelsen af selvriskoen, der indeksreguleres, fremgår af policen.

2 Hvilke undersøgelser/behandlinger dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

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.

2.2 Der skal være mindst 14 dages ventetid

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 Codans opfordring indsende dokumentation for, at ventetiden overstiger 14 dage.

2.3 Behandlingen skal have varig effekt

Forsikringen dækker udgifter til undersøgelse og til behandling af sygdomme, hvis behandlingen forventes at kunne kurere sygdommen, eller væsentligt og varigt bedre forsikredes tilstand. Udgifter til behandling af kroniske lidelser er således ikke dækket.

Dog dækker forsikringen pleje ved uhelbredelig terminal sygdom i indtil 3 måneder.

Ved behandling forstås den kirurgiske, medicinske eller behandlingsmæssige procedure, det efter almen lægelig vurdering vil være rimeligt at iværksætte.

2.4 Følgende udgifter kan dækkes

Forsikringen dækker, efter godkendelse fra Codan rimelige og nødvendige udgifter til:

- undersøgelse og behandling hos speciallæge eller på hospital
- ambulante efterbehandling, udført af læge, efter en dækningsberettiget indlæggelse eller operation
- proteser og hjælpemidler, hvis disse er et led i den behandling, som finder sted efter en dækningsberettiget operation

- second opinion dækkes ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom/skade, eller hvis forsikrede står overfor et svært valg i forhold til behandling, der i sig selv kan være livstruende
- behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, ergoterapeut og talepædagog, når behandlingen foretages i tilslutning til en forudgående indlæggelse eller operation. Behandling dækkes i indtil 6 måneder, regnet fra udskrivning/operation/det tidspunkt hvor opererende læge mener genoptræning kan påbegyndes. Se dog pkt. 1.2. Forsikringen dækker patientandelen - og det er derfor en forudsætning, at behandleren har overenskomst med Sygesikringen, og at den udførte behandling er tilskudsberettiget
- behandling hos psykolog eller psykiater for psykiske lidelser eller ved behov for akut krisehjælp. Dækningen er maksimeret til 5 behandlinger pr. lidelse. Krav om kontakt til egen læge og Codan før behandling igangsættes, gælder ikke ved behov for akut krisehjælp. Forsikrede kan ringe døgnnet rundt på 33 55 32 00
- ved indlæggelse af et forsikret barn under 18 år, dækkes udgifter til transport, ophold og forplejning for en pårørende/ledsager
- ved indlæggelse af forsikrede på et hospital, der ligger mere end 100 km. fra forsikredes helårsbolig, dækkes udgifter til transport, ophold og forplejning for en pårørende/ledsager. Se dog pkt. 3.1, vedrørende ophold udenfor Danmark.
- skader opstået under professionel udøvelse af sport (kontraktmæssig aflønning fra sportsklub eller sponsor)
- kosmetisk behandling, med mindre den foretages som direkte følge af et sygdoms- eller ulykkestilfælde
- eksperimentel behandling
- udgifter der afholdes under ophold i udlandet, i forbindelse med hjemtransport fra udlandet, eller ekstraudgifter til transport, ophold og fortæring, der er affødt af, at den forsikrede er bosiddende udenfor Danmark, herunder i Grønland eller på Færøerne
- udgifter til undersøgelser/behandlinger, der ikke udføres i Danmark. Dette gælder også undersøgelser/behandlinger, hvor overvægt er årsagen til, at forsikrede ikke kan undersøges/behandles på et privat eller offentligt sygehus i DK
- private udgifter under indlæggelsen
- 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.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Behandlingen af følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket:

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Forsikringen dækker udgifter nævnt under pkt. 2, men dækker eksempelvis ikke:

- praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- akut behandling (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- alternativ behandling (behandling, der foretages af personer uden godkendelse eller autorisation fra Sundhedsstyrelsen)
- tandbehandling - og kirurgi - med mindre der er tale om, at forsikrede under dækningsberettiget operation pådrager sig en tandskade, for hvilken der på grund af skadens omfang ikke ydes erstatning efter gældende lov om Patientforsikring. Erstatning ydes med op til 15.000 kr. (Sum indeksreguleres ikke)
- human immundefekt (HIV) -infektion og -inducerede sygdomme
- misbrugslidelser af enhver art, herunder alkohol- og medicinmisbrug
- transplantation af organer
- fedmeoperation og følger heraf
- operation for korrektion af nær- og langsynethed samt bygningsfejl
- behandling som følge af defekt eller slidtage i ikke dækningsberettigede kosmetiske implantater
- sterilitet og barnløshed
- graviditet og fødsel
- epidemier eller pandemier, der er taget under offentlig behandling.

Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring - Privat

I Hvem er dækket

1.1 Forsikringsaftalens personkreds

Forsikringstageren er den, der indgår aftalen med Codan.

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere forsikrede.

Forsikringsbetingelserne kan være fraveget ved skriftlig aftale mellem forsikringstageren og Codan.

1.2 De forsikrede personer

Forsikrede er den eller de personer, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

1.3 Til- og afmelding af personer

Forsikringstageren skal give Codan besked om personer, der ønskes tilmeldt, henholdsvis afmeldt, forsikringen.

De nærmere regler er beskrevet i policen.

2 Forsikringen antagelse og ikrafttræden

2.1 Forsikringsbegæring

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

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

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

Kan Codan kun tilbyde at antage forsikringen på andre betingelser, får den forsikringsøgende tilbud om dette. Accepterer forsikringsøgende tilbuddet indenfor den fastsatte frist, indtræder Codans ansvar fra tidspunktet for modtagelse af accepten.

2.2 Urigtige oplysninger

Oplysninger, der afgives til Codan i forbindelse med forsikringens tegning, skal være i nøje overensstemmelse

med sandheden. Træder forsikringen ikke i kraft straks efter tegning, skal oplysningerne ved denne ikrafttræden ligeledes være i nøje overensstemmelse med sandheden.

Er der afgivet urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder forsikringsaftalelovens regler, som kan medføre begrænsning i dækningen eller bortfald af forsikringen.

3 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelser, der foretages i Danmark.

4 Generelle undtagelser fra dækning

4.1 Forsikringen omfatter ikke

Udover de undtagelser, der er anført i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger, omfatter forsikringen, uanset forsikredes sindstilstand på skadetidspunktet, ikke undersøgelse for skader:

- der er fremkaldt af forsikrede ved forsæt eller ved grov uagtsomhed
- der er forårsaget af forsikrede under selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika, eller under dertil svarende påvirkning
- der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet
- der er opstået under rejse i lande, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- der skyldes udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling
- der skyldes terror, herunder biologiske, bakteriologiske og kemiske angreb.

5 Forholdsregler i tilfælde af skade

5.1 Anmeldelse af skader

Af policen fremgår det, hvordan forsikrede anmelder en skade på forsikringen.

Det er vigtigt, at forsikrede ikke igangsætter undersøgelse uden forudgående skriftlig godkendelse fra Codan, da sådanne undersøgelser ikke er dækket af forsikringen.

Har forsikrede behov for akut hjælp, skal forsikrede altid kontakte egen læge, lægevagten, skadestuen eller ringe 112.

Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Codan anser for nødvendige til afgørelse af udbetalingspligten og erstatningens størrelse. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger, har forsikrede ingen ret til dækning.

5.2 Forældelse

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

5.3 Tilsvarende forsikring i andet selskab

I sygdomstilfælde skal forsikrede straks give Codan 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.

I det omfang en udgift kan dækkes fuldt ud fra anden side, f.eks. Lov om arbejdsskadesikring, er der ikke ret til erstatning under denne forsikring.

6 Undersøgelse i Codans netværk

6.1 Codan har et kvalitetssikret netværk

Undersøgelse skal finde sted i Codans netværk. Netværket omfatter udvalgte undersøgelsessteder i Danmark.

7 Maksimal erstatning

7.1 Erstatningen er maksimeret

I policen er anført den maksimale sum (indeksreguleres), som under denne forsikring kan udbetales for hver forsikret person.

Når den maksimale erstatning i forsikringens løbetid er udbetalt, bortfalder dækningen for den forsikrede.

8 Tvister

8.1 Opstår der uenighed

Er forsikrede ikke enig i Codans afgørelse af en sag, kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for, at rette henvendelse til Codans klageansvarlige, enten pr. brev med att.: "Codans klageansvarlige" eller via klageansvarlig@codan.dk.

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 Codan 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 forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd.

Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikrede og Codan vælger hver sin vurderingsmand, 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, og afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadeopgørelsesprincipper, 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 voldgiftsafgørelse efter at uoverensstemmelsen er opstået, er aftalen bindende for begge parter.

9 Indeksregulering

Med mindre andet fremgår af policen indeksreguleres præmien, forsikringssummer samt evt. selvriskobeløb.

9.1 Tidspunkt for indeksregulering

Regulering af forsikringssummer, præmie og evt. selvriskobeløb foretages på den dato policen har hovedforfald.

9.2 Indekstal

Reguleringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ved indeksreguleringen forhøjes præmie, summer og evt. selvrisiko med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ reguleres beløbene ikke, men forbliver uændret til næste indeksregulering.

Hvis udgivelsen af lønindeks for den private sektor ophører, har Codan ret til at fortsætte indeksreguleringen efter et andet indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

Præmien fastsættes af Codan for 1 år ad gangen.

Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring

I Hvem er dækket

1.1 Forsikringsaftalens personkreds

Forsikringstageren er den virksomhed, der indgår aftalen med Codan.

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere forsikrede.

Forsikringsbetingelserne kan være fraveget ved skriftlig aftale mellem forsikringstageren og Codan.

1.2 De forsikrede personer

Forsikrede er den eller de personer, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

1.3 Til- og afmelding af personer

Forsikringstageren skal give Codan besked om personer, der ønskes tilmeldt, henholdsvis afmeldt, forsikringen.

De nærmere regler er beskrevet i policen.

2 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelser, der foretages i Danmark.

3 Generelle undtagelser fra dækning

3.1 Forsikringen omfatter ikke

Udover de undtagelser, der er anført i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger, omfatter forsikringen, uanset forsikredes sindstilstand på skadetidspunktet, ikke undersøgelse for skader:

- * der er fremkaldt af forsikrede ved forsæt eller ved grov uagtsomhed
- * der er forårsaget af forsikrede under selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika, eller under dertil svarende påvirkning
- * der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet

- * opstået under rejse i lande, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- * der skyldes udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling
- * der skyldes terror; herunder biologiske, bakteriologiske og kemiske angreb.

4 Forholdsregler i tilfælde af skade

4.1 Anmeldelse af skader

Af policen fremgår det, hvordan forsikrede anmelder en skade på forsikringen.

Det er vigtigt, at forsikrede ikke igangsætter undersøgelse uden forudgående skriftlig godkendelse fra Codan, da sådanne undersøgelser ikke er dækket af forsikringen.

Har forsikrede behov for akut hjælp, skal forsikrede altid kontakte egen læge, lægevagten, skadestuen eller ringe 112.

Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Codan anser for nødvendige til afgørelse af udbetalingspligten og erstatningens størrelse. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger, har forsikrede ingen ret til dækning.

4.2 Forældelse

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

4.3 Tilsvarende forsikring i andet selskab

I sygdomstilfælde skal forsikrede straks give Codan 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.

I det omfang en udgift kan dækkes fuldt ud fra anden side, f.eks. Lov om arbejdsskadesikring, er der ikke ret til erstatning under denne forsikring.

5 Undersøgelse i Codans netværk

5.1 Codan har et kvalitetssikret netværk

Undersøgelse skal finde sted i Codans netværk. Netværket omfatter udvalgte undersøgelsessteder i Danmark.

6 Maksimal erstatning

6.1 Erstatningen er maksimeret

I policen er anført den maksimale sum (indeksreguleres), som under denne forsikring kan udbetales for hver forsikret person.

Er forsikringen udvidet til at omfatte dækning for de forsikredes ægtefælle/samlever og/eller børn, udgør den maksimale dækning for hver forsikret person, det i policen anførte beløb, og maksimalt det dobbelte beløb for ægtefæller/samlever og børn til sammen.

Når den maksimale erstatning i forsikringens løbetid er udbetalt, bortfalder dækningen for den forsikrede.

7 Tvister

7.1 Opstår der uenighed

Er forsikrede ikke enig i Codans afgørelse af en sag, kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for, at rette henvendelse til Codans klageansvarlige, enten pr. brev med att.: "Codans klageansvarlige" eller via klageansvarlig@codan.dk.

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 Codan 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 forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd.

Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikrede og Codan vælger hver sin vurderingsmand, 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, og afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadeopgørelsesprincipper, 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.

8 Indeksregulering

Med mindre andet fremgår af policen indeksreguleres præmie, forsikringssum samt evt. selvriskobeløb.

8.1 Tidspunkt for indeksregulering

Regulering af forsikringssum, præmie og evt. selvriskobeløb foretages på den dato policen har hovedforfald.

8.2 Indekstal

Reguleringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ved indeksreguleringen forhøjes præmie, summer og evt. selvrisiko med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ reguleres beløbene ikke, men forbliver uændret til næste indeksregulering.

Hvis udgivelsen af lønindeks for den private sektor ophører, har Codan ret til at fortsætte indeksreguleringen efter et andet indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

Præmien fastsættes af Codan for 1 år ad gangen.

Sygedriftstab

I Dækningskarens

1.1 Karens efter tegningen

Forsikringen dækker tab som følge af uarbejdsdygtighed, der indtræffer de første 6 måneder efter forsikrede er omfattet af forsikringen, med mindre der er tale om uarbejdsdygtighed, som er en direkte følge af et ulykkestilfælde opstået i forsikringstiden.

Begrænsningen gælder også selv om uarbejdsdygtigheden strækker sig ud over de nævnte 6 måneder.

2 Forudbestående lidelser

2.1 Ingen dækning af forudbestående lidelser

Forsikringen dækker ikke tab som følge af uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden skyldes en lidelse, der er diagnosticeret inden tegningen.

Tilsvarende dækker forsikringen ikke tab som følge af uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden skyldes en lidelse, som forsikrede inden tegningen er blevet undersøgt for, eller som forsikrede inden tegningen har haft symptomer fra.

Forsikringen dækker således alene tab som følge af uarbejdsdygtighed, hvis uarbejdsdygtigheden skyldes en lidelse, hvis første symptomer har vist sig i forsikringstiden.

3 Hvordan beregnes erstatning

Den samlede erstatning, opgjort efter dette punkt er maksimeret.

3.1 Erstatningen beregnes pr. kalendermåned

I policen er anført den forsikringssum, der gælder for den enkelte forsikrede, ved uarbejdsdygtighed i 49 uger. Dækningen for en kalendermåned beregnes derfor som forsikringssummen/49 uger*52 uger/12 måneder:

Erstatningen opgøres for en kalendermåned ad gangen, og kan for den enkelte kalendermåned ikke overstige dette beløb.

Ved uarbejdsdygtighed, der kun vedrører en del af en kalendermåned, beregnes erstatningens maksimum forholdsmæssigt. Det vil sige, at der beregnes en

maksimal erstatning pr. dag, i forhold til antallet af mulige arbejdsdage i den pågældende kalendermåned.

3.2 Omsætning

Ved omsætning forstås:

- Indgåede honorarer
- + udestående fordringer ultimo
- udestående fordringer primo
- + uddebiteringsværdien af igangværende opgaver ultimo
- uddebiteringsværdien af igangværende opgaver primo

Alle beløb er ekskl. moms.

3.3 Opgørelse af tab

Opgørelse skal ske på et særligt skema udarbejdet af Codan.

Tabet som følge af nedgang i omsætningen opgøres som forskellen mellem virksomhedens:

- * forventede omsætning (ekskl. moms)

og

- * konstaterede omsætning (ekskl. moms)

fra dette beløb trækkes sparede omkostninger og ydelser fra anden side (lønindtægter under sygdom, offentlige sygedagpenge m.v.)

Til beløbet lægges rimelige omkostninger, der efter samråd med Codan afholdes i henhold til pkt. 3.6 - dog kun i det omfang, de har virkning i erstatningsperioden.

Codans samlede ydelse - inkl. disse omkostninger - kan aldrig blive større, end hvis de under pkt. 3.6 nævnte foranstaltninger ikke var foretaget.

3.4 Virksomhedens omsætning

Udgangspunktet for erstatningsberegningen er virksomhedens - og ikke den uarbejdsdygtiges - forventede henholdsvis konstaterede omsætning.

Hvis virksomhedens nedgang i omsætningen overstiger den uarbejdsdygtiges nedgang, anvendes dog den uarbejdsdygtiges omsætningstal.

3.5 Forventet omsætning

Den forventede omsætning i erstatningsperioden fastsættes til den faktisk konstaterede omsætning i samme periode året før:

Dette beløb reguleres med gennemsnittet af den konstaterede omsætningsudvikling i de 3 regnskabsår, der ligger umiddelbart forud for det regnskabsår, hvor uarbejdsdygtigheden indtrådte.

3.6 Rimelige omkostninger

Når skadebegrænsende omkostninger er aftalt med Codan, betaler Codan disse ekstraudgifter:

Er der tale om udgifter til vikar, dækkes de faktiske udgifter:

For ekstraarbejde, der udføres af medarbejdere, der er omfattet af overenskomst, udgør aflønningen for den ekstra indsats det overenskomstmæssigt aftalte.

For indehavere og andre, der ikke er omfattet af overenskomst, svarer aflønningen til deres sædvanlige personlige indtjening ved en omsætning af samme størrelse, som den præsterede meromsætning.

3.7 Dokumentation

For at sikre virksomheden korrekt erstatning, skal der indsendes dokumentation for alle poster i erstatningsopgørelsen, det vil som minimum sige:

- de seneste 3 årsregnskaber
- månedsopgørelser, der viser virksomhedens omsætning i sygeperioden og månedsopgørelser for samme periode året før
- dokumentation for aftalte omkostninger
- dokumentation for offentlige sygedagpenge

3.8 A conto erstatning

Ved uarbejdsdygtighed, der strækker sig ud over 2 måneder, kan der mod fornøden dokumentation udbetales a conto erstatning.

3.9 Sagkyndig bistand ved opgørelsen

Udgifter til sagkyndig regnskabsbistand i forbindelse med opgørelsen kan medregnes med indtil 10.000 kr. + moms.

4 Forsikringstid og erstatningsperiode

4.1 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og udløbsdato, eller forsikringens eventuelle tidligere ophør.

4.2 Erstatningsperioden

Erstatningsperioden begynder ved uarbejdsdygtighed ud over 3 på hinanden følgende uger. Tabet som følge af de 3 første ugers uarbejdsdygtighed er således ikke omfattet af forsikringen.

Erstatningsperioden ophører på det tidligste af følgende tidspunkter:

- ved forsikredes raskmelding
- hvis ansættelsesforholdet for forsikrede ophører i sygeperioden
- med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder
- ved forsikredes død
- senest 52 uger efter uarbejdsdygtighedens indtræden.

Bliver forsikrede efter raskmelding på ny uarbejdsdygtig på grund af samme lidelse, beregnes ny karens på 3 uger ikke, hvis tilbagefaldet sker inden 3 måneder efter raskmelding.

Erstatningsperioden kan for samme lidelse under alle omstændigheder maksimalt andrage 49 uger i hele forsikringens løbetid.

5 Tilmelding af nye forsikrede

5.1 Nye personer skal tilmeldes

Personer i virksomheden, der præsterer en personlig omsætning og som ønskes omfattet af forsikringen skal tilmeldes.

5.2 Begæring

Ved kontakt til Codan får forsikringstageren udleveret en begæring, der skal underskrives.

I begæringen skal forsikringstageren afgive oplysninger om de personer, der ønskes tilmeldt forsikringen.

5.3 Ikrafttræden

Codan vurderer oplysningerne i begæringen og afgør, om dækning kan accepteres på grundlag af disse.

Kan Codan antage forsikringen, begynder Codans ansvar fra det tidspunkt Codan modtog begæringen, med mindre et senere tidspunkt er aftalt.

Kan forsikringen ikke antages, vil forsikringstageren blive orienteret om dette.

5.4 Urigtige oplysninger

Codan forudsætter, at de oplysninger, der afgives ved forsikringens tegning eller ved dennes senere ikrafttræden, er i nøje overensstemmelse med sandheden.

Er der afgivet urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder reglerne i Lov om forsikringsaftaler, som kan medføre helt eller delvist bortfald af forsikringen.

Oplysninger afgivet af forsikrede, anses ligeledes som afgivet af forsikringstageren.

6 Afmelding og udtræden af forsikringen

6.1 Arbejds-mæssig tilknytning ophører

Forsikrede, hvis arbejds-mæssige tilknytning til forsikringstageren ophører, skal afmeldes forsikringen og udtræder på fratrædelsesdagen.

6.2 Udtræden på grund af alder

Forsikrede udtræder under alle omstændigheder af forsikringsaftalen med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder.

7 Regulering af forsikringssum og præmie

7.1 Første års præmie

Første års præmie er fastsat ud fra den maksimale forsikringssum, som forsikringstageren har valgt på tegningstidspunktet.

7.2 Årlig regulering

Den maksimale forsikringssum og præmien reguleres en gang årligt i takt med stigningen i lønindeks på grundlag af foregående års stigning i lønindeks for den private sektor for januar kvartal, med mindre der er aftalt en anden reguleringsform.

Når lønindeks for den private sektor for januar kvartal ændres i forhold til det anførte lønindeks for den private sektor, reguleres forsikringen fra og med det efterfølgende kalenderår i samme forhold.

Hvis udgivelsen af lønindeks for den private sektor ophører, har Codan ret til at fortsætte reguleringen på grundlag af et andet så vidt muligt lignende indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

Præmien fastsættes af Codan for 1 år ad gangen.

Reguleringen af forsikringssummerne og præmien har virkning fra den dato, der er anført i policen.

7.3 Nedsættelse/forhøjelse af forsikringssum

Forsikringstageren er berettiget til at få nedsat den maksimale forsikringssum, hvis denne ikke længere afspejler forsikredes omsætning.

Forsikringstageren kan efter kontakt til Codan få forhøjet den maksimale forsikringssum, hvis den forsikrede kan præstere tilfredsstillende helbredsoplysninger, efter Codans gældende regler. For den forhøjede dækning gælder pkt. 1.1. og 2.1.

Fællesbetingelser for Behandlingsforsikring - Privat

I Hvem er dækket

1.1 Forsikringsaftalens personkreds

Forsikringstageren er den, der indgår aftalen med Codan.

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere forsikrede.

Forsikringsbetingelserne kan være fraveget ved skriftlig aftale mellem forsikringstageren og Codan.

1.2 De forsikrede personer

Forsikrede er den eller de personer, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

1.3 Til- og afmelding af personer

Forsikringstageren skal give Codan besked om personer, der ønskes tilmeldt, henholdsvis afmeldt, forsikringen.

De nærmere regler er beskrevet i policen.

2 Forsikringen antagelse og ikrafttræden

2.1 Forsikringsbegæring

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

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

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

Kan Codan kun tilbyde at antage forsikringen på andre betingelser, får den forsikringsøgende tilbud om dette. Accepterer forsikringsøgende tilbuddet indenfor den fastsatte frist, indtræder Codans ansvar fra tidspunktet for modtagelse af accepten.

2.2 Urigtige oplysninger

Oplysninger, der afgives til Codan i forbindelse med forsikringens tegning, skal være i nøje overensstemmelse

med sandheden. Træder forsikringen ikke i kraft straks efter tegning, skal oplysningerne ved denne ikrafttræden ligeledes være i nøje overensstemmelse med sandheden.

Er der afgivet urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder forsikringsaftalelovens regler, som kan medføre begrænsning i dækningen eller bortfald af forsikringen.

3 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker i Danmark, resten af Norden og Tyskland.

4 Generelle undtagelser fra dækning

4.1 Forsikringen omfatter ikke

Udover de undtagelser, der er anført i forsikringsbetingelserne for de enkelte dækninger, omfatter forsikringen, uanset forsikredes sindstilstand på skadetidspunktet, ikke skader:

- der er fremkaldt af forsikrede ved forsæt eller ved grov uagtsomhed
- der er forårsaget af forsikrede under selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika, eller under dertil svarende påvirkning
- der skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, medmindre skaden indtræffer inden en måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækningen, at konflikten ikke var til stede ved indreisen i landet
- opstået under rejse i lande, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- der skyldes udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling
- der skyldes terror; herunder biologiske, bakteriologiske og kemiske angreb.

5 Forholdsregler i tilfælde af skade

5.1 Anmeldelse af skader

Er forsikrede af sin praktiserende læge blevet henvist til undersøgelse og/eller behandling, og forsikrede

efterfølgende ønsker at bruge sin Behandlingsforsikring, skal forsikrede anmelde skaden til Codan.

Af policen fremgår det, hvordan forsikrede anmelder en skade på forsikringen.

Det er vigtigt, at forsikrede ikke igangsætter undersøgelse eller behandling uden forudgående skriftlig godkendelse fra Codan, da sådanne undersøgelser eller behandlinger ikke er dækket af forsikringen.

Har forsikrede behov for akut hjælp, skal forsikrede altid kontakte egen læge, lægevagten, skadestuen eller ringe 112.

Forsikrede er forpligtet til at give de oplysninger, Codan anser for nødvendige til afgørelse af udbetalingspligten og erstatningens størrelse. Giver forsikrede ikke de nødvendige oplysninger, har forsikrede ingen ret til dækning.

Codan kan til enhver tid betinge yderligere behandling under forsikringen af, at forsikrede gennemgår undersøgelse hos en af Codan valgt speciallæge, der kan bekræfte den stillede diagnose, og/eller behandlingens relevans.

5.2 Forældelse

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

5.3 Tilsvarende forsikring i andet selskab

I sygdomstilfælde skal forsikrede straks give Codan 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.

I det omfang en udgift kan dækkes fuldt ud fra anden side, f.eks. Lov om arbejdsskadesikring, er der ikke ret til erstatning under denne forsikring.

6 Behandling i Codans netværk

6.1 Codan har et kvalitetssikret netværk

Undersøgelse og behandling skal finde sted i Codans netværk. Netværket omfatter udvalgte behandlingssteder i Danmark, resten af Norden og Tyskland.

7 Maksimal erstatning

7.1 Erstatningen er maksimeret

I policen er anført den maksimale sum (indeksreguleres), som denne forsikring dækker for en enkelt lidelse/ulykke og følgerne heraf.

I policen er også anført det maksimale beløb, den forsikrede kan behandles for i forsikringens løbetid (indeksreguleres ikke). Når den maksimale erstatning i forsikringens løbetid er udbetalt, bortfalder dækningen for den forsikrede.

8 Tvister

8.1 Opstår der uenighed

Er forsikrede ikke enig i Codans afgørelse af en sag, kan forsikrede kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis forsikrede stadig ikke er tilfreds, er der mulighed for, at rette henvendelse til Codans klageansvarlige, enten pr. brev med att.: "Codans klageansvarlige" eller via klageansvarlig@codan.dk.

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 Codan 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 forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd.

Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikrede og Codan vælger hver sin vurderingsmand, 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, og afgør da erstatningen inden for

grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadeopgørelsesprincipper, der er fastsat af Forsikring og Pension.

Voldgiftsretten beslutter selv, hvordan voldgiftens omkostninger skal fordeles, og begrundet 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.

9 Indeksregulering

Med mindre andet fremgår af policen indeksreguleres præmien, forsikringssummer samt evt. selvriskobeløb.

9.1 Tidspunkt for indeksregulering

Regulering af forsikringssummer, præmie og evt. selvriskobeløb foretages på den dato policen har hovedforfald.

9.2 Indekstal

Reguleringen sker på grundlag af det af Danmarks Statistik offentliggjorte lønindeks for den private sektor.

Ved indeksreguleringen forhøjes præmie, summer og evt. selvrisiko med den procent løntallet afviger fra forrige års offentliggjorte indeks. Er afvigelsen negativ reguleres beløbene ikke, men forbliver uændret til næste indeksregulering.

Hvis udgivelsen af lønindeks for den private sektor ophører, har Codan ret til at fortsætte indeksreguleringen efter et andet indeks, der offentliggøres af Danmarks Statistik.

Præmien fastsættes af Codan for 1 år ad gangen.

Diagnoseforsikring - Privat

I Hvad dækker forsikringen

1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgiften til undersøgelser hos speciallæge, indtil en egentlig diagnose stilles, eller det bekræftes, at der er tale om en behandlingskrævende lidelse. Forsikringen dækker undersøgelser, der foretages i Danmark.

1.2 Undersøgelse skal finde sted i forsikringstiden

Behovet for undersøgelse, skal være til stede i forsikringstiden, og undersøgelsen skal finde sted i forsikringstiden.

1.3 Lidelser opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse for symptomer, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også undersøgelse af sådanne sygdomme.

1.4 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

1.5 Undersøgelser skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende undersøgelser inden de påbegyndes, og undersøgelse skal foregå på et af Codans godkendte undersøgelsessteder. Se pkt. 5.1 Anmeldelse af skader, i Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring.

2 Hvilke undersøgelser dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

Den forsikrede har ret til dækning af undersøgelse i henhold til denne forsikring, når forsikrede endnu ikke har fået stillet en diagnose, og ved konsultation hos sin praktiserende læge får konstateret behov for yderligere udredning og derfor henvises til speciallæge eller sygehus.

Codan kan stille krav om at få dokumenteret, at der ikke forud for henvisningen er stillet en diagnose.

2.2 Der skal være 14 dages ventetid

Det er en forudsætning for dækning, at undersøgelse 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 Codans opfordring indsende dokumentation for, at ventetiden overstiger 14 dage.

2.3 Følgende udgifter kan dækkes

Efter nærmere aftale med Codan, dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter til:

- * undersøgelse der foretages af speciallæge
- * målrettede undersøgelser eller tests som speciallægen udfører, eller rekvirerer, for fastlæggelse af diagnose.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Udgifter, der ikke er nævnt under pkt. 2.3, herunder eksempelvis udgifter til:

- * praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- * akut udredning (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- * forebyggende undersøgelser
- * behandling efter diagnose er stillet
- * undersøgelse, der foretages når diagnosen forud for undersøgelsen må anses for fastlagt med stor sandsynlighed
- * undersøgelse for lidelser opstået under professionel udøvelse af sport
- * undersøgelse, der foretages af forsikrede selv, dennes ægtefælle, forældre eller børn, eller en virksomhed, som tilhører en af de nævnte
- * undersøgelse, forsikrede er udeblevet fra
- * transport.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Undersøgelse for symptomer, der er relateret til følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket:

- psykiske lidelser
- misbrugslidelser af enhver art, herunder alkohol- og medicinmisbrug
- kosmetiske lidelser
- tandlidelser
- sterilitet og barnløshed
- graviditet og fødsel
- epidemier/pandemier, der er taget under offentlig behandling.

Diagnoseforsikring

I Hvad dækker forsikringen

1.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgiften til undersøgelser hos speciallæge, indtil en egentlig diagnose stilles, eller det bekræftes, at der er tale om en behandlingskrævende lidelse. Forsikringen dækker undersøgelser, der foretages i Danmark.

1.2 Undersøgelse skal finde sted i forsikringstiden

Behovet for undersøgelse, skal være til stede i forsikringstiden, og undersøgelsen skal finde sted i forsikringstiden.

1.3 Lidelser opstået før forsikringstidens start

I den første periode forsikrede er omfattet af forsikringen, vil der som regel være en karenstid, hvor forsikringen ikke dækker undersøgelse for symptomer, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikrede blev omfattet af forsikringen.

Karenstiden fremgår af policen.

Når karenstiden er overstået, dækker forsikringen også undersøgelse af sådanne sygdomme.

1.4 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringsdækningens begyndelsesdato og udløbsdato.

1.5 Undersøgelser skal godkendes

Codan skal skriftligt godkende undersøgelser inden de påbegyndes, og undersøgelse skal foregå på et af Codans godkendte undersøgelsessteder. Se pkt. 4.1 Anmeldelse af skader, i Fællesbetingelser for Diagnoseforsikring.

2 Hvilke undersøgelser dækker forsikringen

2.1 Når egen læge konstaterer et behov

Den forsikrede har ret til dækning af undersøgelse i henhold til denne forsikring, når forsikrede endnu ikke har fået stillet en diagnose, og ved konsultation hos sin praktiserende læge får konstateret behov for yderligere udredning og derfor henvises til speciallæge eller offentligt sygehus.

Codan kan stille krav om at få dokumenteret, at der ikke forud for henvisningen er stillet en diagnose.

2.2 Der skal være 14 dages ventetid

Det er en forudsætning for dækning, at undersøgelse 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 Codans opfordring indsende dokumentation for, at ventetiden overstiger 14 dage.

2.3 Følgende udgifter kan dækkes

Efter nærmere aftale med Codan, dækker forsikringen rimelige og nødvendige udgifter til:

- * undersøgelse der foretages af speciallæge
- * målrettede undersøgelser eller tests som speciallægen udfører, eller rekvirerer, for fastlæggelse af diagnose.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Følgende udgifter er ikke dækket

Udgifter, der ikke er nævnt under pkt. 2.3, herunder eksempelvis udgifter til:

- * praktiserende læge/speciallæge i almen medicin
- * akut udredning (f.eks. skadestue eller lægevagt)
- * forebyggende undersøgelser
- * behandling efter diagnose er stillet
- * undersøgelse, der foretages når diagnosen forud for undersøgelsen må anses for fastlagt med stor sandsynlighed
- * undersøgelse for lidelser opstået under professionel udøvelse af sport
- * undersøgelse, der foretages af forsikrede selv, dennes ægtefælle, forældre eller børn, eller en virksomhed, som tilhører en af de nævnte
- * undersøgelse, forsikrede er udeblevet fra
- * transport.

3.2 Følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket

Undersøgelse for symptomer, der er relateret til følgende sygdomme/tilstande er ikke dækket:

- psykiske lidelser
- misbrugslidelser af enhver art, herunder alkohol- og medicinmisbrug
- kosmetiske lidelser
- tandlidelser
- sterilitet og barnløshed
- graviditet og fødsel
- epidemier/pandemier, der er taget under offentlig behandling.

Fællesbetingelser for Sygedriftstabsforsikring

1 Hvem er dækket

1.1 Forsikringsaftalens personkreds

Forsikringstageren er den virksomhed, der indgår aftalen med Codan.

Retten til at disponere over forsikringen i sin helhed tilkommer forsikringstageren. Dette gælder også, hvis forsikringen omfatter flere forsikrede.

1.2 De forsikrede personer

Forsikrede er den eller de personer, på hvis helbred forsikringen er tegnet.

Det er en forudsætning for dækning, at de forsikrede personer præsterer en personlig omsætning, der bortfalder i det øjeblik personen bliver uarbejdsdygtig, og derfor selvstændigt kan opgøres.

1.3 Erstatning

Erstatningen udbetales til forsikringstageren.

Codans almindelige betalingsmåde er bankoverførsel. Ved udbetaling skal Codan derfor have oplysning om pengeinstitut og kontonummer. Erstatningen kan dog også udbetales ved check mod et gebyr, der fratrækkes erstatningsbeløbet.

1.4 Meddelelse om ændringer

Forsikringstager skal give Codan besked om eventuel adresseændring.

Forsikringstager skal ligeledes give Codan besked, når forsikrede personer skal udtræde af ordningen, samt når andre personer ønskes omfattet af forsikringen.

2 Hvad dækker forsikringen

2.1 Tab som følge af nedgang i omsætningen

Forsikringen dækker driftstab som følge af dokumenteret nedgang i forsikringstagerens omsætning i forsikringstiden.

2.2 Helt eller delvist uarbejdsdygtighed

Tabet skal skyldes, at en eller flere af de forsikrede bliver helt eller delvist uarbejdsdygtige i forsikringstiden, som følge af sygdom eller ulykkestilfælde.

3 Hvad dækker forsikringen ikke

3.1 Forsikringen dækker ikke ved uarbejdsdygtighed, der:

- * er fremkaldt af forsikrede ved forsæt eller grov uagtsomhed, uanset forsikredes sindstilstand under det hændelsesforløb, der førte frem til uarbejdsdygtigheden
- * er forårsaget af forsikrede under selvforskyldt beruselse, under påvirkning af narkotika, eller under dertil svarende påvirkning
- * skyldes kosmetisk behandling eller følger heraf, med mindre behandlingen direkte er nødvendiggjort af et ulykkes- eller sygdomstilfælde, opstået i forsikringstiden
- * skyldes fedmeoperationer/stort vægttab eller følger heraf
- * skyldes sygdoms- eller ulykkesfølger, hvor der ikke ved en lægelig undersøgelse kan påvises objektive tegn på tilstedeværelsen af mén eller sygdom (f.eks. hvor der alene er tale om subjektive klager over smerter, gener eller lignende)
- * skyldes konflikter i form af krig, oprør eller borgerlige uroligheder, med mindre skaden indtræffer inden 1 måned efter konfliktens udbrud i et land, hvori den forsikrede opholder sig under rejse. Det er desuden en forudsætning for dækning, at konflikten ikke var til stede ved indrejsen i landet, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne i forbindelse med konflikten
- * skyldes rejse i lande eller områder, hvor der officielt er advaret mod sundhedsfare eller anden fare
- * skyldes epidemier/pandemier, der er taget under offentlig behandling
- * skyldes udløsning af atomenergi, kerneeksplosion eller radioaktiv bestråling
- * skyldes terror; herunder biologiske, bakteriologiske og kemiske angreb.

4 Forholdsregler i tilfælde af skade

4.1 Begrænsning af skade

Når der er sket en skade, er det forsikringstagerens pligt at søge at begrænse skadens virkninger.

Forsikringstageren er forpligtet til effektivt at samarbejde med Codan med henblik på dette, herunder at søge omsætningen opretholdt ved ansættelse af vikar og/eller ved overarbejde.

Forsikringstageren er endvidere forpligtet til at søge om offentlige sygedagpenge for den uarbejdsdygtige.

Codan betaler forsikringstagerens ekstraomkostninger til ansættelse af vikar, overarbejde etc.

4.2 Anmeldelse af skade

En skade, der kan medføre erstatningskrav, skal anmeldes så hurtigt det er muligt, således at Codan kan bistå med råd og vejledning.

Skaden skal anmeldes skriftligt til Codan. Anmeldelse kan rekvireres:

- Telefonisk på 33 55 38 52, mellem kl. 8 og 16 alle hverdage

Codan kan forlange de helbreds- og regnskabsmæssige oplysninger, som selskabet finder nødvendige til dokumentation og til beregning af uarbejdsdygtighedens og tabets omfang. Codan betaler kun udgifter til lægeerklæringer/attester, der er indhentet på selskabets foranledning.

Hvis forsikringstageren/forsikrede ikke fremsender de af Codan forlangte oplysninger, har forsikringstageren intet krav mod Codan.

Krav om erstatning skal fremsættes inden 1 år efter det tidspunkt, hvor forsikringstageren har fået kendskab til de omstændigheder, der begrunder kravet. Forsikringen omfatter ikke dækning for tiden forud for fremsættelsen af kravet, hvis dette først rejses efter, der er forløbet 1 år.

4.3 Tilsvarende forsikring i andet selskab

Er der tegnet forsikring mod samme risiko i et andet selskab, og har dette selskab taget forbehold om, at dækningen bortfalder eller indskrænkes, hvis

forsikringen tillige er tegnet i andet selskab, gælder samme forbehold for den i Codan tegnede forsikring, således at erstatningen betales forholdsmæssigt af selskaberne.

5 Krav til virksomhedens bogholderi

5.1 God bogføringsskik

Det er en forudsætning for opgørelse af erstatningskrav under denne forsikring, at virksomhedens bogholderi løbende er ajourført i overensstemmelse med god bogføringsskik, således at det som minimum sikres, at omsætning og afholdte udgifter løbende opgøres på månedsbasis.

6 Tvister

6.1 Voldgift

For aftalen gælder dansk lovgivning. 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 omfanget af uarbejdsdygtighed eller en skades opgørelse, har forsikringstager mulighed for at kræve, at skaden opgøres endeligt af upartiske vurderingsmænd.

Dette er et alternativ til at indbringe sagen for domstolene. Forsikrede og Codan vælger hver sin vurderingsmand, 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, og afgør da erstatningen inden for grænserne af vurderingsmændenes ansættelse og i nøje overensstemmelse med policens bestemmelser, herunder de skadeopgørelsesprincipper, 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.

Sygedriftstabsforsikring Plus

I Hvordan beregnes erstatning

I.1 Omsætning

Ved omsætning forstås:

Indgåede honorarer

- + udestående fordringer ultimo
- udestående fordringer primo
- + uddebiteringsværdien af igangværende opgaver ultimo
- uddebiteringsværdien af igangværende opgaver primo

Alle beløb er ekskl. moms.

I.2 Opgørelse af tab

Opgørelse skal ske på et særligt skema udarbejdet af Codan.

Tabet som følge af nedgang i omsætningen opgøres som forskellen mellem virksomhedens:

- forventede omsætning (ekskl. moms)

og

- konstaterede omsætning (ekskl. moms)

fra dette beløb trækkes sparede omkostninger og ydelser fra anden side (lønindtægter under sygdom, offentlige sygedagpenge m.v.)

Til beløbet lægges rimelige omkostninger, der efter samråd med Codan afholdes i henhold til pkt. I.5 - dog kun i det omfang, de har virkning i erstatningsperioden.

Codans samlede ydelse - inkl. disse omkostninger - kan aldrig blive større, end hvis de under pkt. I.5 nævnte foranstaltninger ikke var foretaget.

I.3 Virksomhedens omsætning

Udgangspunktet for erstatningsberegningen er virksomhedens - og ikke den uarbejdsdygtiges - forventede henholdsvis konstaterede omsætning.

Hvis virksomhedens nedgang i omsætningen overstiger den uarbejdsdygtiges nedgang, anvendes dog den uarbejdsdygtiges omsætningstal.

I.4 Forventet omsætning

Den forventede omsætning i erstatningsperioden fastsættes til den faktisk konstaterede omsætning i samme periode året før.

Dette beløb reguleres med gennemsnittet af den konstaterede omsætningsudvikling i de 3 regnskabsår, der ligger umiddelbart forud for det regnskabsår, hvor uarbejdsdygtigheden indtrådte.

I.5 Rimelige omkostninger

Når skadebegrænsende omkostninger er aftalt med Codan, betaler Codan disse ekstraudgifter.

Er der tale om udgifter til vikar, dækkes de faktiske udgifter:

For ekstraarbejde der udføres af medarbejdere, der er omfattet af overenskomst, udgør aflønningen for den ekstra indsats det overenskomstmæssigt aftalte.

For indehavere og andre, der ikke er omfattet af overenskomst, svarer aflønningen til deres sædvanlige personlige indtjening ved en omsætning, af samme størrelse som den præsterede meromsætning.

I.6 Dokumentation

For at sikre virksomheden korrekt erstatning, skal der indsendes dokumentation for alle poster i erstatningsopgørelsen, det vil som minimum sige:

- de seneste 3 årsregnskaber
- månedsopgørelser, der viser virksomhedens omsætning i sygeperioden og månedsopgørelser for samme periode året før
- dokumentation for aftalte omkostninger
- dokumentation for offentlige sygedagpenge

I.7 A conto erstatning

Ved uarbejdsdygtighed, der strækker sig ud over 2 måneder, kan der mod fornøden dokumentation udbetales a conto erstatning.

1.8 Sagkyndig bistand ved opgørelsen

Udgifter til sagkyndig regnskabsbistand i forbindelse med opgørelsen kan medregnes med indtil 10.000 kr., + moms.

2 Forsikringstid og erstatningsperiode

2.1 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og udløbsdato eller forsikringens eventuelle tidligere ophør.

I forsikringstiden indgår den enkelte forsikredes omsætningsdel i beregningsgrundlaget efter pkt. 5 i tidsrummet mellem indtræden (pkt. 3) og udtræden (pkt. 4).

2.2 Erstatningsperioden

Erstatningsperioden begynder ved uarbejdsdygtighed ud over 3 på hinanden følgende uger. Tabet som følge af de 3 første ugers uarbejdsdygtighed er således ikke omfattet af forsikringen.

Erstatningsperioden ophører på det tidligste af følgende tidspunkter:

- ved forsikredes raskmelding
- hvis ansættelsesforholdet for forsikrede ophører i sygeperioden
- med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder
- ved forsikredes død
- senest 52 uger efter uarbejdsdygtighedens indtræden.

Bliver forsikrede efter raskmelding på ny uarbejdsdygtig på grund af samme lidelse, beregnes ny karenstid på 3 uger ikke, hvis tilbagefaldet sker inden 3 måneder efter raskmelding.

Erstatningsperioden kan for samme lidelse under alle omstændigheder maksimalt andrage 49 uger i hele forsikringens løbetid.

3 Tilmelding af nye forsikrede

3.1 Nye personer skal tilmeldes

Personer i virksomheden, der præsterer en personlig omsætning, og som ønskes omfattet af forsikringen skal tilmeldes.

3.2 Begæring og helbredsoplysninger

Ved kontakt til Codan får forsikringstageren udleveret en begæring, der skal underskrives. Samtidig udleveres en helbredsoplysning, der skal udfyldes af den person, der ønskes omfattet af forsikringen, og en helbredsattest, der skal udfyldes af den pågældendes sædvanlige læge.

3.3 Accept og ikrafttræden

Codan vurderer forsikringsbegæring og helbredsoplysninger og afgør, om dækning kan accepteres på grundlag af dette.

Kan forsikringen ikke uden videre accepteres på grundlag af begæringen og de oplysninger, der er indsendt hermed, får den forsikringssøgende meddelelse om, hvilke supplerende oplysninger, der skal indsendes, og inden for hvilken frist indsendelse skal ske.

Kan Codan antage forsikringen på grundlag af begæringen og rettidigt indsendte supplerende oplysninger, begynder Codans ansvar fra det tidspunkt Codan modtog begæringen, med mindre et senere tidspunkt er aftalt.

Kan Codan kun tilbyde at antage forsikringen på andre vilkår, får forsikringssøgende besked om på hvilke vilkår. Forsikringssøgende (hvis denne ikke er forsikringstager) skal skriftligt acceptere, at forsikringstageren orienteres om på hvilke helbredsoplysninger vilkår forsikringsaftalen kan indgås.

Accepterer forsikringssøgende dette, sendes den helbredsoplysning til forsikringstageren til accept. Accepterer forsikringstageren tilbuddet inden for den fastsatte frist, begynder Codans ansvar fra accepten modtages af Codan.

Accepterer den forsikringssøgende ikke, at forsikringstageren orienteres om på hvilke helbredsoplysninger vilkår forsikringsaftalen kan indgås, kan forsikring for den forsikringssøgende ikke tegnes.

3.4 Urigtige oplysninger

Codan forudsætter, at de oplysninger, der afgives ved forsikringens tegning eller ved dennes senere ikrafttræden, er i nøje overensstemmelse med sandheden.

Er der afgivet urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder reglerne i Lov om forsikringsaftaler, som kan medføre helt eller delvist bortfald af forsikringen.

Oplysninger afgivet af forsikrede, anses ligeledes som afgivet af forsikringstageren.

4 Afmelding og udtræden af forsikringen

4.1 Arbejdsmæssig tilknytning ophører

Forsikrede, hvis arbejdsmæssige tilknytning til forsikringstageren ophører, skal afmeldes forsikringen og udtræder på fratrædelsesdagen.

4.2 Udtræden på grund af alder

Forsikrede udtræder under alle omstændigheder af forsikringsaftalen med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder.

5 Beregning af præmie og regulering

5.1 Første års præmie

Første års præmie er en forskudspræmie, der beregnes på grundlag af de oplysninger forsikringstageren afgiver om virksomhedens omsætning på tegningstidspunktet.

Det er alene omsætningen for de personer, der skal omfattes af forsikringen, der skal oplyses, og som dermed danner grundlag for beregning af præmie og erstatning.

Har de forsikrede omsætning eller anden indtjening, der ikke fremgår af reguleringsoplysningerne, f.eks. undervisningshonorar eller andre honorarer, der udbetales direkte til den pågældende, indgår denne indtjening hverken i præmie- eller erstatningsberegningen.

5.2 Årlig præmieregulering

Der sker præmieregulering hvert år pr. hovedforfald.

Reguleringen sker på grundlag af Codans til enhver tid gældende tarif for Sygedriftstabsforsikring.

Til brug for reguleringen er forsikringstageren pligtig til hvert år at indsende omsætningsoplysninger for de forsikrede.

Forsikringstageren indestår for, at de oplyste omsætningstal er korrekte. Er dette ikke tilfældet, vil det i tilfælde af for lavt oplyste omsætningstal medføre underforsikring, og dermed få indflydelse på en evt. erstatnings størrelse.

De endelige omsætningsoplysninger anvendes til at beregne forskellen mellem den betalte forskudspræmie, og den præmie, der skal betales for det foregående år. Forskellen tillægges henholdsvis fratrækkes den nye præmie.

Indtil den endelige præmie kan beregnes, opkræves en forskudspræmie for det følgende forsikringsår, baseret på det foregående års omsætningsoplysninger.

Hvis Codan ikke modtager omsætningsoplysninger inden for de frister Codan fastsætter, foretager Codan skønmæssig regulering af foregående års omsætningstal med 10 %.

Modtager Codan i gentagne tilfælde ikke omsætningsoplysningerne inden for de af Codan fastsatte frister, er Codan berettiget til at opsige forsikringsaftalen med 1 måneds varsel til den første i en måned.

5.3 Maksimal forsikringssum

Forsikringen kan maksimalt tegnes med en forsikringssum for den enkelte forsikrede på 5.000.000 kr.

Denne maksimale forsikringssum reguleres ikke.

Viser det sig i en skadesituation, at en forsikret har en forventet omsætning (efter fradrag for forventet varekøb og andre produktionsafhængige omkostninger), der over en 12 måneders periode forventes at overstige 5.000.000 kr., fastsættes erstatningen forholdsmæssigt mellem den forventede omsætning i denne periode og 5.000.000 kr.

I Hvordan beregnes erstatning

I.1 Omsætning

Ved omsætning forstås:

Indgåede honorarer

- + udestående fordringer ultimo
- udestående fordringer primo
- + uddebiteringsværdien af igangværende opgaver ultimo
- uddebiteringsværdien af igangværende opgaver primo

Alle beløb er ekskl. moms.

I.2 Opgørelse af tab

Opgørelse skal ske på et særligt skema udarbejdet af Codan.

Tabet som følge af nedgang i omsætningen opgøres som forskellen mellem virksomhedens:

- forventede omsætning (ekskl. moms)

og

- konstaterede omsætning (ekskl. moms)

fra dette beløb trækkes sparede omkostninger og ydelser fra anden side (lønindtægter under sygdom, dagpenge fra Tandlægernes Tryghedsordninger, offentlige sygedagpenge m.v.).

Til beløbet lægges rimelige omkostninger, der efter samråd med Codan afholdes i henhold til pkt. I.5 - dog kun i det omfang, de har virkning i erstatningsperioden.

Codans samlede ydelse - inkl. disse omkostninger - kan aldrig blive større, end hvis de under pkt. I.5 nævnte foranstaltninger ikke var foretaget.

Erstatningen kan endvidere ikke overstige tabet som følge af nedgangen i virksomhedens patientomsætning (den del af omsætningen, der ikke er tilskud fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn - tidligere kaldet sygesikringsomsætning).

I.3 Virksomhedens omsætning

Udgangspunktet for erstatningsberegningen er virksomhedens - og ikke den uarbejdsdygtiges - forventede henholdsvis konstaterede omsætning.

Hvis virksomhedens nedgang i omsætningen overstiger den uarbejdsdygtiges nedgang, anvendes dog den uarbejdsdygtiges omsætningstal.

I.4 Forventet omsætning

Den forventede omsætning i erstatningsperioden fastsættes til den faktisk konstaterede omsætning i samme periode året før.

Dette beløb reguleres med gennemsnittet af den konstaterede omsætningsudvikling i de 3 regnskabsår, der ligger umiddelbart forud for det regnskabsår, hvor uarbejdsdygtigheden indtrådte.

I.5 Rimelige omkostninger

Når skadebegrænsende omkostninger er aftalt med Codan, betaler Codan disse ekstraudgifter.

Er der tale om udgifter til vikar, dækkes de faktiske udgifter.

For ekstraarbejde der udføres af medarbejdere, der er omfattet af overenskomst, udgør aflønningen for den ekstra indsats det overenskomstmæssigt aftalte.

For indehavere og andre, der ikke er omfattet af overenskomst, svarer aflønningen til deres sædvanlige personlige indtjening ved en omsætning, af samme størrelse som den præsterede meromsætning.

I.6 Dokumentation

For at sikre virksomheden korrekt erstatning, skal der indsendes dokumentation for alle poster i erstatningsopgørelsen, det vil som minimum sige:

- de seneste 3 årsregnskaber
- månedsopgørelser, der viser virksomhedens omsætning i sygeperioden og månedsopgørelser for samme periode året før
- dokumentation for aftalte omkostninger

- dokumentation for dagpenge fra Tandlægenes Tryghedsordninger
- dokumentation for offentlige sygedagpenge

1.7 A conto erstatning

Ved uarbejdsdygtighed, der strækker sig ud over 2 måneder, kan der mod fornøden dokumentation udbetales a conto erstatning.

1.8 Sagkyndig bistand ved opgørelsen

Udgifter til sagkyndig regnskabsbistand i forbindelse med opgørelsen kan medregnes med indtil 10.000 kr., + moms.

2 Forsikringstid og erstatningsperiode

2.1 Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden mellem forsikringens begyndelsesdato og udløbsdato eller forsikringens eventuelle tidligere ophør.

I forsikringstiden indgår den enkelte forsikredes omsætningsdel i beregningsgrundlaget efter pkt. 5 i tidsrummet mellem indtræden (pkt. 3) og udtræden (pkt. 4).

2.2 Erstatningsperioden

Erstatningsperioden begynder ved uarbejdsdygtighed, der varer ud over 4 på hinanden følgende uger.

Ved uarbejdsdygtighed, der varer ud over 8 på hinanden følgende uger, dækker forsikringen også tabet som følge af de første 4 ugers uarbejdsdygtighed.

Erstatningsperioden ophører på det tidligste af følgende tidspunkter:

- ved forsikredes raskmelding
- hvis ansættelsesforholdet for forsikrede ophører i sygeperioden
- med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder
- ved forsikredes død
- senest 52 uger efter uarbejdsdygtighedens indtræden.

Bliver forsikrede efter raskmelding på ny uarbejdsdygtig på grund af samme lidelse, beregnes ny karenstid på 4 uger ikke, hvis tilbagefaldet sker inden 3 måneder efter raskmelding.

Erstatningsperioden kan for samme lidelse under alle omstændigheder maksimalt andrage 52 uger i hele forsikringens løbetid.

3 Tilmelding af nye forsikrede

3.1 Nye personer skal tilmeldes

Tandlæger i virksomheden, der præsterer en personlig omsætning, og som ønskes omfattet af forsikringen skal tilmeldes.

Forsikringen kan udvides til også at omfatte tandplejere eller tandteknikere, ansat hos forsikringstageren.

3.2 Begæring og helbredsoplysninger

Ved kontakt til Codan får forsikringstageren udleveret en begæring, der skal underskrives. Samtidig udleveres en helbredserklæring, der skal udfyldes af den person, der ønskes omfattet af forsikringen, og en helbredsattest, der skal udfyldes af den pågældendes sædvanlige læge.

3.3 Accept og ikrafttræden

Codan vurderer forsikringsbegæring og helbredsoplysninger og afgør, om dækning kan accepteres på grundlag af dette.

Kan forsikringen ikke uden videre accepteres på grundlag af begæringen og de oplysninger, der er indsendt hermed, får den forsikringssøgende meddelelse om, hvilke supplerende oplysninger, der skal indsendes, og inden for hvilken frist indsendelse skal ske.

Kan Codan antage forsikringen på grundlag af begæringen og rettidigt indsendte supplerende oplysninger, begynder Codans ansvar fra det tidspunkt Codan modtog begæringen, med mindre et senere tidspunkt er aftalt.

Kan Codan kun tilbyde at antage forsikringen på andre vilkår, får forsikringssøgende besked om på hvilke vilkår. Forsikringssøgende (hvis denne ikke er forsikringstager) skal skriftligt acceptere, at forsikringstageren orienteres om på hvilke helbredsoplysninger forsikringsaftalen kan indgås.

Accepterer forsikringssøgende dette, sendes den helbredsoplysningsskema til forsikringstageren til accept. Accepterer forsikringstageren tilbuddet inden for den fastsatte frist, begynder Codans ansvar fra accepten modtages af Codan.

Accepterer den forsikringssøgende ikke, at forsikringstageren orienteres om på hvilke

helbredsmæssige vilkår forsikringsaftalen kan indgås, kan forsikring for den forsikrings søgende ikke tegnes.

3.4 Urigtige oplysninger

Codan forudsætter, at de oplysninger, der afgives ved forsikringens tegning eller ved dennes senere ikrafttræden, er i nøje overensstemmelse med sandheden.

Er der afgivet urigtige oplysninger af betydning for forsikringsforholdet, gælder reglerne i Lov om forsikringsaftaler, som kan medføre helt eller delvist bortfald af forsikringen.

Oplysninger afgivet af forsikrede, anses ligeledes som afgivet af forsikringstageren.

4 Afmelding og udtræden af forsikringen

4.1 Arbejdsmæssig tilknytning ophører

Forsikrede, hvis arbejdsmæssige tilknytning til forsikringstageren ophører, skal afmeldes forsikringen og udtræder på fratrædelsesdagen.

4.2 Udtræden på grund af alder

Forsikrede udtræder under alle omstændigheder af forsikringsaftalen med udgangen af den måned, hvor forsikrede opnår den i policen anførte udløbsalder.

5 Beregning af præmie og regulering

5.1 Første års præmie

Første års præmie er en forskudspræmie, der beregnes på grundlag af de oplysninger forsikringstageren afgiver om virksomhedens omsætning på tegningstidspunktet.

Det er alene omsætningen for de personer, der skal omfattes af forsikringen der skal oplyses, og som dermed danner grundlag for beregning af præmie og erstatning.

Har de forsikrede omsætning eller anden indtjening der ikke fremgår af reguleringsoplysningerne, f.eks. undervisningshonorar eller andre honorarer, der udbetales direkte til den pågældende, indgår denne indtjening hverken i præmie- eller erstatningsberegningen.

5.2 Årlig præmieregulering

Der sker præmieregulering hvert år pr. hovedforfald.

Reguleringen sker på grundlag af Codans til enhver tid gældende tarif for Sygedriftstabsforsikring.

Til brug for reguleringen er forsikringstageren pligtig til hvert år at indsende omsætningsoplysninger for de forsikrede.

Forsikringstageren indestår for, at de oplyste omsætningstal er korrekte. Er dette ikke tilfældet, vil det i tilfælde af for lavt oplyste omsætningstal medføre underforsikring, og dermed få indflydelse på en evt. erstatnings størrelse.

De endelige omsætningsoplysninger anvendes til at beregne forskellen mellem den betalte forskudspræmie, og den præmie, der skal betales for det foregående år. Forskellen tillægges henholdsvis fratrækkes den nye præmie.

Indtil den endelige præmie kan beregnes, opkræves en forskudspræmie for det følgende forsikringsår, baseret på det foregående års omsætningsoplysninger.

Hvis Codan ikke modtager omsætningsoplysninger inden for de frister Codan fastsætter, foretager Codan skønsmæssig regulering af foregående års omsætningstal med 10 %.

Modtager Codan i gentagne tilfælde ikke omsætningsoplysningerne inden for de af Codan fastsatte frister, er Codan berettiget til at opsigte forsikringsaftalen med 1 månedes varsel til den første i en måned.

5.3 Maksimal forsikringssum

Forsikringen kan maksimalt tegnes med en forsikringssum for den enkelte forsikrede på 5.000.000 kr.

Denne maksimale forsikringssum reguleres ikke.

Viser det sig i en skadesituation, at en forsikret har en forventet omsætning (ekskl. tilskud fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn, efter fradrag for forventet varekøb og andre produktionsafhængige omkostninger), der over en 12 måneders periode forventes at overstige 5.000.000 kr., fastsættes erstatningen forholdsmæssigt mellem den forventede omsætning i denne periode og 5.000.000 kr.