

"danmark" Erhverv

Tillægsforsikringsbetingelser for medforsikrede (partner og børn)

Gældende fra 1. juli 2024

I "danmark" Erhverv

- 1.1 "danmark" Erhverv Skadeforsikringsaktieselskab, cvr-nr. 39 43 73 92 (herefter "danmark" Erhverv) er et datterselskab til Sygeforsikringen "danmark", gs.
- 1.2 "danmark" Erhverv tilbyder tanddækning som gruppeforsikringer indgået med virksomheder, foreninger, organisationer eller lignende som grupperepræsentant.
- 1.3 Hvis det fremgår af gruppeaftalen, jf. punkt 3.1, har det enkelte gruppemedlems (herefter Forsikrede) partner under 69 år og børn mellem 18-25 år (herefter medforsikrede), jf. punkt. 4, mulighed for at tegne en tillægsforsikring.

2 Tillægsforsikringsbetingelser for medforsikrede

- 2.1 Tillægsforsikringsbetingelser for medforsikrede (herefter tillægsforsikringsbetingelserne) er et tillæg til "danmark" Erhvervs generelle forsikringsbetingelser for tanddækning (gældende fra 1. juli 2024).
- 2.2 Tillægsforsikringsbetingelserne gælder for medforsikrede, der har tegnet en tillægsforsikring i henhold til "danmark" Erhvervs generelle forsikringsbetingelser for tanddækning og gruppeaftalen.
- 2.3 Forsikredes rettigheder og pligter i "danmark" Erhvervs generelle forsikringsbetingelser, er tilsvarende gældende for medforsikrede med de nødvendige tilpasninger og med de afvigelser, der fremgår af tillægsforsikringsbetingelserne.

I tilfælde af modstrid mellem bestemmelserne i de generelle forsikringsbetingelser og bestemmelserne i tillægsforsikringsbetingelserne, har tillægsforsikringsbetingelsernes bestemmelser til enhver tid forrang.

3 Forsikringsaftalen

- 3.1 For medforsikrede omfattet af tillægsforsikringsaftalen består forsikringsaftalen (herefter "forsikringsaftalen") af:
 - Gruppeaftalen; der indgås mellem "danmark" Erhverv og grupperepræsentanten og indeholder de overordnede bestemmelser om de Forsikrede, disses indtræden og udtræden af ordningen samt forsikringsdækningens omfang, forsikringssum, selvrisiko mv.
 - Generelle forsikringsbetingelser for tanddækning
 - Tillægsforsikringsbetingelser for medforsikrede
 - Ydelseslisten; som indeholder en udtømmende opstilling over de tandbehandlinger, som er dækket i henhold til forsikringsaftalen, samt de maksimale takster og eventuelle særlige dækningsbegrænsninger.

Hver enkelt forsikringsaftale har sin egen Ydelsesliste, der afhænger af gruppeaftalen mellem "danmark" Erhverv og grupperepræsentanten. Medforsikrede er omfattet af en separat Ydelsesliste. Der kan være to Ydelseslister tilknyttet en aftale. Der findes ikke en generel Ydelsesliste.

- 3.2 De generelle forsikringsbetingelser for tanddækning og tillægsforsikringsbetingelserne kan være fraveget ved bestemmelser, der er anført i gruppeaftalen, og som er

aftalt mellem "danmark" Erhverv og grupperepræsentanten. Medforsikrede vil blive orienteret om eventuelle fravigelser.

- 3.3 "danmark" Erhverv kan med fuld gyldighed for medforsikrede, træffe aftale med grupperepræsentanten om alle forhold vedrørende forsikringsaftalen.
- 3.4 "danmark" Erhverv er berettiget til at foretage ændringer af forsikringsaftalen og den aftalte præmie med 3 måneders varsel til hovedforfald, jf. punkt 5.1.
- 3.5 Ændringer i forsikringsaftalen varsles via *danmarkerhverv.dk* eller anden elektronisk kommunikation.
- 3.6 Gebyrer kan forhøjes eller nye gebyrer indføres til dækning af omkostninger i forbindelse med præmieopkrævninger, rykker skrivelser samt udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser. Der informeres om ændringer på *danmarkerhverv.dk*. På *danmarkerhverv.dk* findes der en oversigt over samtlige gebyrer.

4 Tegning af tillægsforsikring

- 4.1 Medforsikrede, som defineret i punkt 4.2-4.3, har mulighed for at tegne en tillægsforsikring efter reglerne i de generelle forsikringsbetingelser og gruppeaftalen.
- 4.2 En partner er en person, der lever sammen med Forsikrede i et ægteskabslignende forhold på samme folkeregisteradresse som Forsikrede.
- 4.3 Et barn er Forsikredes biologiske børn og adoptivbørn samt partnerens biologiske børn og adoptivbørn.

Det er en forudsætning for dækning af partnerens børn, at partneren deler folke-registeradresse med den Forsikrede.

- 4.4 En partner har pligt til at give besked til "danmark" Erhverv, hvis fælles folke-registeradresse ophører.

5 Præmie og betaling

- 5.1 Dækning og præmie fremgår af Gruppeaftalen. Præmien fastsættes for et forsikringsår ad gangen. "danmark" Erhverv er berettiget til at regulere præmien årligt til hovedforfald i overensstemmelse med udviklingen i Nettoprisindekset. Præmien reguleres derudover i takt med alderen ifølge en alders-trappe for de medforsikrede, der fremgår af Gruppeaftalen.
- 5.2 Hovedforfaldsdagen for tillægsforsikringen for partner og børn fremgår af Gruppeaftalen.
- 5.3 Præmien betales forud for et forsikringsår. Hvis medforsikrede indtræder i forsikringen midt i et forsikringsår, vil første præmieopkrævning være fra forsikringens ikrafttrædelse til udgangen af forsikringsåret, herefter vil præmieopkrævningen være 12 måneder forud.
- 5.4 "danmark" Erhverv opkræver både første og senere præmier samt skadesforsikringsafgift ved udsendelse af digital opkrævning direkte til den Medforsikrede. Senere præmier kan efter medforsikredes ønske via Betalingsservice. Medforsikrede bærer dog selv ansvaret for, at præmien bliver betalt.
- 5.5 Første præmie og skadesforsikringsafgift forfalder til betaling ved forsikringens ikrafttræden og skal være betalt senest 14 dage herefter.
- 5.6 Betales første præmie ikke inden den i punkt 5.5 nævnte frist, bortfalder forsikringen uden yderligere varsel.
- 5.7 Hvis senere præmie ikke betales rettidigt, kan "danmark" Erhverv opsige forsikringsaftalen med den virkning, at aftalen ophører, hvis præmien ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. Opsigelsen kan dog tidligst ske 14 dage efter afsendelsen af den i punkt 5.8 nævnte rykkerskrivelse.
- 5.8 Betales senere præmie ikke inden den i punkt 5.7 nævnte frist, vil "danmark" Erhverv derefter fremsende en rykkerskrivelse. "danmark" Erhverv kan opkræve gebyr for rykkerskrivelser til medforsikrede.

6 Ikrafttrædelse af forsikringsdækning

- 6.1 Forsikringen træder i kraft på det tidspunkt, som fremgår af medforsikredes police. Medforsikrede er omfattet af en karen på 3 måneder for alle tandbehandlinger og 12 måneder for implantatbehandlinger. Karensperiode beregnes fra den dag, forsikringen træder i kraft. Karens omfatter også behandlingsbehov opstået i karensperioden. Dvs., at man skal have været omfattet af forsikringen i henholdsvis 3 og 12 måneder, før selve forsikringsdækningen træder i kraft, og der dækkes udgifter til behandling.
- 6.2 Det første forsikringsår løber fra forsikringens ikrafttræden, jf. punkt 6.1 og frem til Gruppeaftalens hovedforfald, hvorefter et nyt forsikringsår på 12 måneder påbegyndes og så fremdeles.
- 6.3 Hvis det første forsikringsår er under 12 måneder tilpasses forsikringssum og selvrisiko forholdsmæssigt.

7 Ophør af forsikringsdækning

- 7.1 Tillæggsforsikringen kan opsiges af medforsikrede med 30 dages varsel til den 1. i en måned. Opsigelse i de første 12 måneder kan dog kun ske mod betaling af et gebyr. Gebyrets størrelse fremgår af gebyroversigten på danmarkerhverv.dk.
- 7.2 Dækningen ophører automatisk senest:
- I. samtidig med, at Forsikrede fra-træder sin stilling eller udtræder af den virksomhed, forening, organisation eller lignende, der berettiger til dækning

2. på tidspunktet, hvor gruppeaftalen ophører
3. på tidspunktet for ophør af fælles folkeregisteradresse, hvis medforsikrede er optaget som partner
4. på tidspunktet, hvor medforsikrede fylder 70 år, hvis medforsikrede er optaget som partner
5. på tidspunktet, hvor medforsikrede fylder 26 år, hvis medforsikrede er optaget som barn.

7.3 Hvis "danmark" Erhverv, jf. punkt 7.2.1. og 7.2.3. modtager oplysninger om ophør af forsikredes dækningsberettigelse tilbage i tid, vil den medforsikredes dækning ophøre samme dato.

Medforsikrede har ansvaret for at underrette "danmark" Erhverv om, at retten til forsikringsdækning er ophørt efter tillæggsforsikringsbetingelsernes punkt. 7.2.1 og 7.2.3.

7.4 I den varslede opsigelsesperiode for medforsikrede, vil forsikringen alene dække forløb, der er startet inden varslingen.

7.5 "danmark" Erhverv kan ophæve dækningen for den medforsikrede uden varsel, hvis den medforsikrede ved bevidst urigtige oplysninger, falske eller rettede bilag, eller på anden måde har søgt at opnå en erstatning, som medforsikrede, ikke har krav på, eller en større erstatning end medforsikrede er berettiget til.

7.6 Dækningen bortfalder ved manglende præmiebetaling efter bestemmelserne, jf. punkt 5.

Ordforklaringer til "danmark" Erhvervs generelle forsikringsbetingelser (alfabetisk):

(forsikringsbetingelserne går forud for ordforklaringer)

Behandling, tandbehandling og ydelse	Behandling eller ydelse dækker over tandbehandlinger. Hver enkelt tandbehandling betegnes som en ydelse. F.eks. er et røntgenbillede, en bedøvelse og en plastfyldning, 3 tandbehandlinger/ 3 ydelser. Og der beregnes individuel erstatning til hver enkelt ydelse.
Behandlingsbehov	Behandlingsbehov er den konkrete tandskade, der udløser et behov for behandling, uanset årsag til tandskaden. Visse behandlingsbehov, der er opstået, før den forsikredes tanddækning starter, kan være undtaget dækning. Det fremgår af dækningsoversigt.
Behandlingsdato/behandlingstidspunkt	Datoen, hvor den konkrete behandling (ydelse) er foretaget. Erstatning beregnes på baggrund af selve behandlingsdatoen. Behandlinger der finder sted, før forsikringens ikrafttrædelse eller efter forsikringens ophør, dækkes aldrig. Heller ikke hvis den konkrete behandling er del af et behandlingsforløb, der var startet inden forsikringens ophør.
Behandlingsforløb	Behandlingsforløb er tandbehandling, der foregår over en periode. Erstatning beregnes til hver konkret behandling med udgangspunkt i den enkelte behandlings behandlingsdato og pris. Der ydes kun erstatning til de behandlinger, der finder sted i en aktiv forsikringsperiode.
Dobbeltforsikring	Ved dobbeltforsikring forstås, at den forsikrede er dækket hos flere forsikringsselskaber. Den forsikrede kan f.eks. både have en tandforsikring gennem "danmark" Erhverv og samtidig være dækket af en ulykkesforsikring hos et andet forsikringsselskab.

Dækningsomfang	Dækningsomfang dækker over følgende: forsikringssum, selvrisiko, behandlinger, der indgår i gruppeaftalen, maksimale erstatningstakster samt eventuelle dækningsbegrænsninger, som f.eks. karens.
Dækningsoversigt	Oversigt over den forsikredes gældende forsikringssum, selvrisiko, behandlinger (ydelsesliste) der dækkes, samt særlige vilkår for dækning i forsikringsåret. Dækningsoversigten opdateres hvert forsikringsår ved gruppeaftalens hovedforfald.
Erstatning	Det beløb, "danmark" Erhverv yder i erstatning til en given behandling. Den maksimale erstatning for en behandling fremgår af ydelseslisten.
EU/EØS/UK-lande	Lande og områder i Europa, som er medlem af EU/EØS eller beliggende i Storbritannien – det vil sige følgende lande: Belgien, Bulgarien, Cypern (den græske del), Danmark, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederlandene (Holland), Polen, Portugal, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn, Østrig, Island, Lichtenstein, Norge, England, Skotland, Wales og Nordirland. <i>De oversøiske øer, departementer, kolonier og områder tilhørende de europæiske lande, er ikke omfattet af dækningsområderne.</i>
Force majeure	En udefrakommende faktor, der undtagelsesvis fritager både forsikret og "danmark" Erhverv fra forsikringsaftalen.
Forsikret	Person som er omfattet af dækning fra tandforsikring. Det kan både være en gruppeforsikret og en medforsikret.
Forsikringssum	Forsikringssum er den maksimale erstatning en forsikret kan få inden for et forsikringsår. Forsikringssummen er aftalt i gruppeaftalen. Beløbet fornys hvert forsikringsår. Hvis den forsikrede bliver omfattet af tandforsikring i løbet af gruppeaftalens forsikringsår, vil forsikringssummen i det første forsikringsår blive tilpasset forholdsmæssigt frem til gruppeaftalens næste hovedforfald.

Forsikringsår

Et forsikringsår er 12 måneder.

Forsikringsåret følger gruppeaftalens hovedforfald (det vil sige den dato, hvor gruppeaftalen træder i kraft). Efter 12 måneder starter et nyt forsikringsår. Hvis den forsikrede bliver omfattet af tandforsikring i løbet af gruppeaftalens forsikringsår, vil den forsikredes første forsikringsår løbe fra optagelsestidspunktet og frem til gruppeaftalens næste hovedforfald. Herefter følger den forsikredes dækning gruppeaftalens forsikringsår.

Forud bestående behandlingsbehov

Hvis det fremgår af din forsikringsaftale, at forsikringen ikke dækker forud bestående behandlingsbehov, menes at forsikringen ikke dækker behandling, der var anbefalet, planlagt, eller som du kendte til/burde kende til, inden du blev omfattet af forsikringen. Denne undtagelse indebærer bl.a., at der ikke ydes erstatning til behandling af manglende tænder på tidspunktet, hvor den forsikredes dækning træder i kraft.

Forældelsesregler

Ved ophør af forsikringsaftalen gives en frist på 6 måneder for, hvornår der senest kan søges om erstatning til en behandling. Herefter bortfalder retten til udbetaling af erstatning.

Der gives ikke erstatning til behandlinger, der er foretaget efter forsikringens ophør.

Gruppeaftale

Forsikringsaftale indgået mellem "danmark" Erhverv og en given virksomhed, forening, organisation eller lignende.

Gruppeforsikret

Medarbejder eller medlem i en virksomhed, forening, organisation eller lignende, som er omfattet af en tandforsikring hos "danmark" Erhverv.

Grupperepræsentant

Den virksomhed, forening, organisation eller lignende, som har indgået gruppeaftale og tegnet tandforsikring i "danmark" Erhverv.

Karensperiode	Karensperiode er en venteperiode efter forsikringens startdato, der betyder, at du som forsikret først kan få erstatning for behandlinger der finder sted, når perioden er udløbet. Behandlingsbehov opstået i karensperioden er ikke omfattet af dækning, selvom behandling først finder sted efter karensperiodens udløb.
Medforsikret	Medforsikret er en person, der har tegnet en tandforsikring via en gruppeforsikret. En medforsikret er enten en partner med samme folkeregisteradresse som den gruppeforsikrede eller barn af den gruppeforsikrede og mellem 18 og 25 år (kan også være barn af partner med samme folkeregisteradresse som den gruppeforsikrede).
Police	Policen er det dokument, hvori "danmark" Erhverv bekræfter den forsikredes tandforsikring.
Regres	Fordeling af erstatning mellem forsikringsselskaber, hvis man som forsikret er berettiget til erstatning fra flere forsikringer/forsikringsselskaber – f.eks. hvis man både har en ulykkesforsikring og en tandforsikring.
Selvbetjening	"danmark" Erhvervs online selvbetjening findes på <i>danmarkerhverv.dk</i> . Der logges på med MitID eller NemID.
Selvrisiko	Selvrisiko er et årligt engangsbeløb, der fratrækkes den forsikredes erstatning inden udbetaling. Selvrisikoens størrelse er aftalt i gruppeaftalen. Beløbet fornys hvert forsikringsår. Hvis den forsikrede bliver omfattet af tandforsikring i løbet af gruppeaftalens forsikringsår, vil selvrisikoen i det første forsikringsår blive tilpasset forholdsmæssigt frem til gruppeaftalens næste hovedforfald.
Skadesbehandling	Skadesbehandlingen starter, når "danmark" Erhverv modtager din regning og beregner din erstatning. Der kan i forbindelse med skadesbehandlingen være behov for supplerende informationer fra din behandler.
Ydelsesliste	En udtømmende liste over de tandbehandlinger, den forsikrede får dækket ifølge forsikringsaftalen samt de maksimale takster for hver behandling.