

Sundhed Basis

Forsikringsbetingelser nr. SB1706

Aftalegrundlag

Forsikringen består af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg og forsikringsbetingelserne. For forsikringen gælder endvidere Lov om forsikringsaftaler og Lov om finansiel virksomhed i det omfang, disse ikke er fraveget.

Tilsyn og Garantifond

Tryg er underlagt tilsyn af Finanstilsynet og er tilsluttet Garantifonden for skadeforsikringsselskaber.

Behandling af personoplysninger og samtykke

På www.tryg.dk/personoplysninger kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger. Her finder du blandt andet information om til hvilket formål, vi behandler informationer om dig, hvor oplysningerne bliver registreret, og hvem oplysningerne eventuelt bliver videregivet til. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at vide mere.

Yderligere oplysninger

Yderligere oplysninger om dækningerne på forsikringen kan fås på www.tryg.dk.

Din Sundhed Basis består af din forsikringsaftale (police) og dine forsikringsbetingelser

Husk, når du læser betingelserne

- Forsikringsaftalen viser de dækninger forsikringstager har valgt for forsikringen.
- Når vi skriver 'du' i forsikringsbetingelserne, mener vi den forsikrede person.
- I forsikringsbetingelsernes afsnit 7-10 kan du læse, hvad forsikringen dækker.
- Vi benytter behandlere og leverandører fra vores kvalitetssikrede og landsdækkende netværk, og vi kan derfor henvise dig til dem.

Hvad du som forsikringstager selv skal sørge for

Oplysningerne om din virksomhed ligger til grund for dækning og erstatning. Det er vigtigt, at du straks giver os besked, hvis der er

- forkerte oplysninger i policen,
- ændringer i betalingsadressen,
- ændringer i antal forsikrede, eller
- ændring af virksomhedens art.

Forsikringstager kan til- og afmelde medarbejdere på www.tryg.dk.

Hvad du som medarbejder selv skal sørge for

Din Sundhed Basis er købt i forbindelse med dit ansættelsesforhold. Hvis du ikke længere er ansat hos den arbejdsgiver, som har købt forsikringen, skal du oplyse dette til vores sundhedsteam, hvis du anmelder en sag hos os.

Forsikringen er 100% skattepligtig, og din arbejdsgiver opgiver de skattemæssige forhold til SKAT.

Hvis du får brug for hjælp

Kontakt altid os for at anmelde skaden på 70 11 20 20 eller via www.tryg.dk.

Indholdsfortegnelse

	Side		Side		Side
1. Hvad skal forsikringstager selv sørge for	3	7. Sundhedsforsikring	5	12. Fællesbetingelser	8
2. Hvem er omfattet	3	7.1 Udredning	5	12.1 Forsikringssum	8
3. Hvad dækker forsikringen	3	7.2 Smerteudredning	5	12.2 Forsikredes oplysningspligt	
4. Hvor gælder forsikringen	3	7.3 Allergjudredning	5	912.3 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab	8
5. Hvornår gælder forsikringen	3	7.4 Transportudgifter	5	12.4 Forsikringens ophør	8
6. Generelle undtagelser	4	8. Fysiske behandlinger	6	12.5 Justering af forsikringens pris	8
6.1 Behandling	4	8.1 Behandlingsformer	6	13. Generelle betingelser	9
6.2 Akut behandling	4	8.2 Særlige krav til behandling	6	13.1 Forsikringens betaling	9
6.3 Udeblivelse fra udredning	4	8.3 Fysioterapi og kiropraktik	6	13.2 Forsikringens varighed og opsigelse	9
6.4 Konsultationer	4	8.4 Akupunktur, zoneterapi, osteopati og kranio-sakral terapi	6	13.3 Gebyrer	9
6.5 Udgifter	4	9. Psykologhjælp	6	13.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser	9
6.6 Sygdomme eller tilstande, der ikke er dækket	4	9.1 Særlige krav til behandling	6	13.5 Forsikring i andet selskab – dobbeltforsikring	10
6.7 Seksualitet, fertilitet og graviditet mv.	4	9.2 Behandling i Trygs netværk	6	14. Klagemulighed	10
6.8 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.	4	9.3 Behandling uden for Trygs netværk	7		
6.9 Attester	5	10. Misbrug	7		
6.10 Krig og lignende	5	11. Hvis skaden sker	7		

1. Hvad skal forsikringstager selv sørge for

Forsikringstager skal give os besked, hvis der sker følgende ændringer:

- Forkerte oplysninger i forsikringsaftalen
- Ændringer i betalingsadressen
- Ændringer i hvem der er forsikrede
- Væsentlige ændringer i antal forsikrede (10% eller mere)
- Ændring af virksomhedens art

Det er vigtigt, at forsikringstager giver os besked, hvis der sker ændringer i de forhold, der er nævnt ovenfor, da de kan have betydning for dækningen eller prisen på forsikringen.

Desuden kan manglende besked til os medføre, at retten til dækning helt bortfalder.

2. Hvem er omfattet

Forsikringen dækker den personkreds, der er nævnt på forsikringsaftalen som forsikrede.

Forsikrede skal have folkeregisteradresse i Danmark, og være omfattet af den offentlige sygesikring.

Hvis du opholder dig på Grønland eller Færøerne, er du ikke omfattet af forsikringen - heller ikke, selvom du har folkeregisteradresse i Danmark.

3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker udredning og nødvendige undersøgelser for symptomer, der er opstået efter forsikringen er trådt i kraft.

3.1 Lægehenviisning

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

Du skal ikke bruge en henvisning, hvis du skal til kiropraktor, akupunktør, zoneterapeut, øre-, næse-, og halslæge eller øjenlæge.

3.2 Udgifter til udredning

Vi betaler rimelige og nødvendige udgifter til den godkendte behandling, når vi har modtaget og vurderet de nødvendige oplysninger. Vi dækker kun de faktiske udgifter til undersøgelse og behandling.

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

Ved behandling på privathospital/privatklinik vil betaling ofte ske direkte mellem behandlingsstedet og os. Vi har mulighed for at stille betalingsgaranti til den privatklinik eller det privathospital, hvor du bliver undersøgt eller behandlet.

4. Hvor gælder forsikringen

Sundhed Basis dækker udgifter til udredning og undersøgelser ved speciallæge i Danmark.

5. Hvornår gælder forsikringen

Forsikringen træder i kraft den dag, vi har godkendt tilmeldingen, eller på den senere dato som står i forsikringsaftalen.

6. Generelle undtagelser

6.1 Behandling

Når der er stillet en diagnose eller fastsat et behandlingsbehov, dækker forsikringen ikke efterfølgende behandling eller kontrol.

Det gælder dog ikke behandling omfattet af tilvalgsdækningerne Fysiske behandlinger og Psykologhjælp.

6.2 Akut behandling

Udgifter til akut behandling, fx blodpropper, hjerneblødning, knoglebrud mv. er ikke dækket af denne forsikring. Har du brug for akut

behandling, herunder skadestue, ambulance og vagtlæge, skal du derfor kontakte din egen læge, 112 eller vagtlægen i din region.

6.3 Udeblivelse fra udredning

Vi betaler ikke for undersøgelser, som du udebliver fra uden gyldig grund. Gyldig grund er dødsfald i nærmeste familie, trafikulykke eller lignende.

6.4 Konsultationer

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation hos

- alm. praktiserende læger
- hos naturlæger eller andre alternative behandlere

- du selv udfører, eller som udføres af din ægtefælle/samlever, dine forældre eller dine børn eller en virksomhed, der tilhører en af disse.
-

6.5 Udgifter

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- Forebyggende undersøgelser og vaccinationer, fx årlige kontroller ved disposition til sygdom
- For personer under "sygesikringsgruppe 2" dækkes ikke udgifter til konsultation med henblik på vurdering af undersøgelsesbehov

- Hjælpemidler
 - Alle former for tandundersøgelser
-

6.6 Sygdomme eller tilstande, der ikke er dækket

- Misbrugslidelser, medmindre tilvalgsdækningen Misbrug er valgt
- Spiseforstyrrelser

- Lidelser omfattet af pakkeforløb i offentligt regi, fx kræftudredning
 - Psykiske sygdomme
-

6.7 Seksualitet, fertilitet og graviditet mv.

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

- Udredning af seksuel dysfunktion
- Undersøgelser af kønssygdomme og AIDS samt forstadier og følgesygdomme af disse

- Prævention og sterilisation
 - Udredning efter såvel provokeret som uprovokeret abort
 - Undersøgelser i forbindelse med graviditet
 - Undersøgelse og kontrol under graviditet
 - Fødsel og efterbehandling
-

6.8 Grov uagtsomhed, beruselse m.m.

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

6.8.1

Selvforskyldt legemsbeskadigelse der er fremkaldt med forsæt eller grov uagtsomhed.

6.8.2

Selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika eller andre euforiserende stoffer.

6.8.3

Deltagelse i strafbare handlinger.

6.8.4

Udøvelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, som du modtager betaling for og overvejende kan leve af.

6.8.5

Militærtjeneste.

6.9 Attester

Forsikringen dækker ikke udgifter til alle former for attester.

6.10 Krig og lignende

Forsikringen dækker ikke skade/sygdom, der skyldes:

6.10.1

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

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

6.10.2

Krig eller krigslignende tilstande, herunder borgerkrig.

6.10.3

Epidemier, der er defineret af Statens Serum Institut.

7. Sundhed Basis

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

7.1 Udredning

Forsikringen dækker undersøgelser af symptomer, der er opstået i forsikringstiden, frem til der er stillet en diagnose eller fastsat en behandling.

Forsikringen dækker udredning i op til 6 måneder fra sagen bliver anmeldt til vores sundhedsteam.

7.2 Smerteudredning

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

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

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

7.3 Allergjudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose.

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

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

7.4 Transportudgifter

Forsikringen dækker transportudgifter i forbindelse med en dækningsberettiget undersøgelse på privathospital/privatklinik. Vi dækker til og fra det godkendte udredningssted, hvis der er mere end 100 km til udredningsstedet fra din faste bopæl.

Undersøgelser skal så vidt muligt ske tæt på din bopæl. Vi anbefaler et udredningssted. Vælger du et udredningssted, som ligger længere væk, dækker vi de transportudgifter svarende til det udredningssted, vi har anbefalet.

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

8. Fysiske behandlinger

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

8.1 Behandlingsformer

Forsikringen dækker følgende behandlingsformer:

- Fysioterapi. Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi.
- Kiropraktik.
- Akupunktur. Behandler skal være RAB-godkendt eller SA-godkendt.
- Zoneterapi. Behandler skal være RAB-godkendt.
- Osteopati. Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi og at behandler er medlem af Registrerede Osteopater Danmark.
- Kranio-sakral terapi. Det er et krav, at du har en lægehenvi-
sning til fysioterapi og at behandler er medlem af Registrerede Osteopater Danmark.

8.2 Særlige krav til behandling

For al behandling gælder det, at:

- Behandlingen skal sikre progression/bedring.
- Efter endt behandling skal der gå 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.
- Ved behov for vedvarende eller tilbagevendende behandling kan vi bede om en lægefaglig vurdering.
- Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.
- Akut behandling er ikke omfattet.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke omfattet.

8.3 Fysioterapi og kiropraktik

8.3.1 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker det antal behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

Vi afregner direkte med behandleren.

Du skal selv afregne med behandleren, og når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam.

Hvis behandleren ikke har ydernummer, giver vi tilskud svarende til den gældende overenskomst for behandlere med ydernummer.

8.3.2 Behandling uden for Trygs netværk

Hvis du vælger en behandler uden for vores netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår.

8.4 Akupunktur, zoneterapi, osteopati og kranio-sakral terapi

8.4.1 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker det antal behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

Vi afregner direkte med behandleren.

Du skal selv afregne med behandleren og når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam.

Vi yder tilskud på op til 300 kr. pr. behandling.

8.4.2 Behandling uden for Trygs netværk

Hvis du vælger en behandler uden for Trygs netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår.

9. Psykologhjælp

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

9.1 Særlige krav til behandling

For al behandling gælder det, at:

- Du skal have en henvisning eller anbefaling fra din læge.
- Efter endt behandling skal der gå 12 sammenhængende måneder, før behandling kan ydes for samme skade eller sygdom.
- Behandlinger tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandling, skal du kontakte vores sundhedsteam, der vurderer og bevilger flere behandlinger.
- Weekend-, aften- og lignende tillæg er ikke dækket.

9.2 Behandling i Trygs netværk

Forsikringen dækker de behandlinger, du har behov for pr. sygdom eller skade.

Vi afregner direkte med behandleren.

9.3 Behandling uden for Trygs netværk

Hvis du vælger en behandler uden for vores netværk, dækker forsikringen 12 behandlinger pr. forsikringsår.

Når dit behandlingsforløb er slut, afregner du selv med din behandler, og sender en kopi af alle originale regninger til vores sundhedsteam til refusion.

Benytter du en behandler udenfor vores netværk, og har du en henvisning fra din egen læge, dækker vi patientandelen af behandlingen.

Ved en anbefaling fra din læge eller psykolog uden ydernummer, giver vi tilskud på op til 800 kr. pr. konsultation.

10. Misbrug

(Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen)

Forsikringen dækker lægeordineret behandling mod misbrug af:

- Alkohol
- Receptpligtig medicin
- Rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer

Behandling med antabus er dækket i op til 12 sammenhængende måneder fra første behandling.

Forsikringen dækker udgifter for maks. 100.000 kr. pr. forsikrede samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Du kan ikke få misbrugsbehandling dækket af denne forsikring de første 6 måneder, du indtræder i ordningen. Det gælder uanset anciennitetsbestemmelsen i de generelle betingelser.

Hvis du ikke har fået godkendelse inden påbegyndt behandling, kan vi forbeholde os ret til at afvise dækning.

11. Hvis skaden sker

11.1 Anmeldelse af skade

Du kan anmelde skaden ved at kontakte vores sundhedsteam på tlf. 70 11 20 20 eller via www.tryg.dk.

11.2 Udredningsbehov

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

11.3 Udredningssted

Vi garanterer konsultation hos privatklinik / privathospital i vores netværk inden for 10 arbejdsdage.

For psykologer og fysiske behandlere gælder at vi anviser en behandler / et behandlingssted inden for 10 arbejdsdage, hvis det er muligt.

Undersøgelsen skal være godkendt af os.

Udredningsstedet skal altid være godkendt af os. Du skal derfor altid kontakte os, før du bliver undersøgt. Det er en forudsætning for vores godkendelse, at udredningsstedet er godkendt af de relevante offentlige myndigheder.

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

11.4 Udredningsmetode

Udredningsmetoden skal altid være godkendt af os og være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og nationale kliniske retningslinjer.

Specialeplanen er Sundhedsstyrelsens oversigt over, hvilke sygehuse og private hospitaler der må varetage de såkaldte specialfunktioner, fx udføre visse operationer og undersøgelser. Vi følger specialeplanen fra Sundhedsstyrelsen pga. patientsikkerhed og sikrer, at det er den rette speciallæge, der behandler dig.

Vi godkender kun undersøgelser, der sker efter metoder, som er anerkendt af de offentlige myndigheder i de lande, hvor udredning finder sted.

Hvis vi ikke har godkendt udredningsmetoden, kan vi afvise dækningen.

11.5 Ændring i udredning

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

12. Fællesbetingelser

12.1 Forsikringssum

Vores maksimale dækning pr. person pr. forsikringsår står i forsikringsaftalen.

12.1.1

Hvis en person opbruger sin årlige forsikringssum, dækker vi ikke yderligere for personen i forsikringsåret.

12.2 Forsikredes oplysningspligt

Når du anmelder til os, giver vi dig nærmere besked om, hvilke oplysninger, der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen.

Du er forpligtet til at sende den dokumentation og de oplysninger, vi beder om, for at kunne behandle sagen.

12.3 Overførsel af forsikring og anciennitet fra andet selskab

Vi tilbyder at overtage anciennitet fra tidligere tilsvarende forsikringer ved ubrudt forsikringsforhold. Det betyder, at forsikringen skal fortsætte hos os fra den dato, hvor den ophører fra dit tidligere forsikringselskab. Er der tale om et brudt forsikringsforhold, bliver dækningen hos os betragtet som en helt ny forsikring.

Forsikringen dækker ikke undersøgelser, der er i gang hos tidligere forsikringselskab, når Sundhed Basis købes.

12.4 Forsikringens ophør

Forsikringen ophører:

- Hvis du træder ud af firmaordningen/gruppeordningen.
- Senest ved udgangen af den måned, du fylder 70 år, hvis du er omfattet af en frivillig ordning.

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

12.4.1

Når du træder ud af firmaordningen, kan du videreføre din forsikring på vores individuelle vilkår til vores individuelle pris og efter aftale med os.

12.4.2

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

12.5 Justering af forsikringens pris

12.5.1

Prisen beregnes ud fra alder på de forsikrede, virksomhedens DB brancheklassifikation (Dansk Branchekode), virksomhedens geografiske beliggenhed og antal ansatte på forsikringsaftalen, medmindre andet fremgår af din forsikringsaftale.

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

Forsikringssummer indeksreguleres, medmindre andet fremgår af forsikringsbetingelserne eller forsikringsaftalen. Indeksreguleringen sker hvert år den 1. januar.

Prisen indeksreguleres en gang om året på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret.

12.5.2

Indeksregulering følger "lønindeks for den private sektor", der er udregnet af Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for dets udregning, har vi ret til at benytte et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

13. Generelle betingelser

13.1 Forsikringens betaling

Forsikringen betales en eller flere gange om året. På din forsikringsaftale kan du se, hvad der er valgt.

13.1.1

Første betaling til os skal betales, når forsikringen træder i kraft. Senere opkrævninger skal betales på de forfalds- eller ændringsdatoer, som fremgår af forsikringsaftalen. Udover præmien opkræves eventuelle afgifter, for eksempel skadeforsikringsafgift og statsafgift samt gebyrer, morarenter og andre omkostninger

Vi opkræver betalingen via Betalingservice, indbetalingskort eller efter aftale på anden vis. Opkrævningen sendes til den betalingsadresse, vi er blevet oplyst. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked.

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige indbetalingsdag, sender vi en rykkerskrivelse med oplysning om, at forsikringens dækning ophører, hvis forsikringen ikke betales senest 21 dage efter, at rykkerskrivelsen er sendt.

13.2 Forsikringens varighed og opsigelse

13.2.1 Forsikringens varighed

Forsikringens aftaleperiode fremgår af forsikringsaftalen.

Ved aftaleperiodens udløb fortsætter forsikringen uændret i en tilsvarende periode.

13.2.2

Forsikringen kan opsiges med en måneds skriftligt varsel til førstkommande (hoved)forfaldsdato af dig eller os.

Opsigelsen eller ændringen i forsikringen kan indføres fra skaden anmeldes og til senest 1 måned efter, at erstatningen er udbetalt eller skaden er afvist.

Hvis du ikke godkender ændringen af forsikringen, skal forsikringen opsiges skriftligt inden ændringsdatoen. Sker dette ikke, betragtes ændringen som accepteret og forsikringen fortsætter på de ændrede vilkår.

13.2.3 Opsigelse eller ændringer ved skade

Når en skade er anmeldt, kan vi opsiges forsikringen eller indføre forbehold eller ændringer i forsikringen herunder pris og selvrisiko med 14 dages varsel.

13.3 Gebyrer

Vi er berettiget til at kræve gebyrer til hel eller delvis dækning af omkostningerne ved fx opkrævninger, rykkerskrivelser, inkasso, udprintning, udbetalinger, print og behandling af dokumenter, oversigter, besigtigelser, ekspeditioner og ydelser i forbindelse med forsikrings- og skadebehandling.

13.3.1

Vi kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer, når det er begrundet i;

- Omkostningsmæssige årsager – fx hvis flere processer eller ydelser digitaliseres, eller der indføres flere selvbetjeningsløsninger
- Forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde, eller for at ændre den generelle gebyrstruktur

- Markedsmæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundeadfærd.

13.3.2

Nye gebyrer og ændringer af eksisterende gebyrer varsles vi via vores hjemmeside med 1 måneds varsel til den første dag i en måned. Ændringer af gebyrer betragtes ikke som en ændring af prisen for forsikringen.

Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned.

Du kan altid få gældende gebyrer oplyst ved at henvende dig til os.

13.4 Præmieregulering og ændring af forsikringsbetingelser

Vi kan foretage mindre justeringer af prisen med virkning fra forsikringens førstkommande forfaldsdato, dog højst med 5% årligt.

13.4.1

Ændring af prisen for forsikringen udover ovennævnte og som ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen eller indeksregulering, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens (hoved)forfaldsdato.

13.4.2

Ændring af forsikringsbetingelserne, der ikke er begrundet i ændringer i lovgivningen og/eller som blot har præciserende karakter, skal varsles skriftligt senest 1 måned før forsikringens (hoved)forfaldsdato.

13.4.3

Hvis du ikke ønsker at acceptere de varslede ændringer skal forsikringen opsiges skriftligt senest 14 dage inden ændringsdatoen. I modsat fald fortsætter forsikringen på de ændrede vilkår og/eller til den ændrede pris.

13.5 Forsikring i andet selskab – dobbeltforsikring

Hvis der er tegnet forsikring mod samme type skade i et andet forsikringsselskab, foreligger der dobbeltforsikring, og skaden skal samtidig anmeldes til begge selskaber.

Vi betaler ikke erstatning for skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet forsikringsselskab. Har det andet selskab begrænset dækning i tilfælde af dobbeltforsikring, gælder

de samme begrænsninger i denne forsikring. Dermed er vi og det andet forsikringsselskab forpligtede til at betale forholdsmæssig erstatning, hvis skaden er dækket af forsikringen.

14. Klagemulighed

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

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

Adressen er:

Tryg Postkode J22
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

E-mail: Kvalitet@tryg.dk

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

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V

Tlf. 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

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

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