

Generelle forsikringsbetingelser for tanddækning

Gældende fra 1. juli 2024



1. "danmark" Erhverv

- 1.1 "danmark" Erhverv Skadesforsikrings-aktieselskab, 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.

2 Forsikringsaftalen

- 2.1 Forsikringsaftalen (herefter "Forsikringsaftalen") består af:
 - Gruppeaftalen; der indgås mellem "danmark" Erhverv og gruppe-repræsentanten og indeholder de overordnede bestemmelser om de forsikrede, disses indtræden og udtræden af ordningen, aftaleperiode samt forsikringsdækningens omfang, forsikringssum, selvrisiko mv.
 - Generelle forsikringsbetingelser for tanddækning.
 - Ydelseslisten; som indeholder en udtømmende oplysning over de tandbehandlinger, som er dækket i henhold til Forsikringsaftalen, samt de maksimale takster og dækningsbegrænsninger.

Hver enkelt Forsikringsaftale har sin egen Ydelsesliste, der afhænger af Gruppeaftalen mellem "danmark" Erhverv og grupperepræsentanten. Der kan være to Ydelseslister tilknyttet en aftale. Der findes ikke en generel Ydelsesliste.

- 2.2 De Generelle forsikringsbetingelser for tanddækning kan være fraveget ved bestemmelser, der er anført i Gruppeaftalen, og som er aftalt mellem "danmark" Erhverv og grupperepræsentanten.

I tilfælde af uoverensstemmelse mellem Gruppeaftalens bestemmelser og bestemmelser i De Generelle

forsikringsbetingelser, har Gruppeaftalens bestemmelser til enhver tid forrang.

- 2.3 "danmark" Erhverv kan med fuld gyldighed for samtlige gruppemedlemmer (forsikrede) i samme Gruppeaftale træffe aftale med grupperepræsentanten om alle forhold vedrørende Forsikringsaftalen.
- 2.4 Forsikrede vil blive orienteret om fravigelser i De Generelle forsikringsbetingelser, jf. punkt 2.2 og ændringer, jf. punkt 2.3 af enten "danmark" Erhverv eller grupperepræsentanten.
- 2.5 Bestemmelser for hvem der kan indtræde i ordningen som forsikret fremgår af Gruppeaftalen. Den forsikrede skal have dansk cpr-nummer.

3 Elektronisk kommunikation

- 3.1 Kommunikation mellem "danmark" Erhverv og forsikrede foregår digitalt via "danmark" Erhvervs hjemmeside, **danmarkerhverv.dk**, herunder police, dækningsoversigt og om ændringer af forsikringsbetingelser, dækning m.v. Forsikrede får adgang til den fremsendte kommunikation ved at logge på **danmarkerhverv.dk**
- 3.2 Grupperepræsentanten skal oplyse en gyldig e-mailadresse for hver forsikrede, første gang den forsikrede registreres. Forsikrede har mulighed for efterfølgende at ændre den oplyste e-mailadresse.

Har den forsikrede ændret sin e-mailadresse, er det til enhver tid den forsikredes ansvar at sikre, at den oplyste e-mailadresse er gyldig og gældende.
- 3.3 Når der er meddelelser fra "danmark" Erhverv til forsikrede på **danmarkerhverv.dk**, får forsikrede besked herom på den oplyste e-mailadresse. "danmark" Erhverv er berettiget til alternativt at benytte en anden sikker kommunikationsvej.

4 Erstatning og takster

- 4.1 "danmark" Erhverv yder alene erstatning til de tandbehandlinger, som fremgår af Forsikringsaftalens Ydelsesliste, og som er udført i dækningsperioden.

Ydelseslisten indeholder også dækningsbegrænsninger.

- 4.2 Tandbehandlingen skal være udført af en autoriseret og praktiserende tandlæge eller autoriseret privatpraktiserende tandplejer i Danmark eller et af de øvrige EU-/EØS-/UK-lande.

Tandbehandling udført af privatpraktiserende tandplejer er begrænset til visse ydelser.

Regninger fra behandlere i andre EU-/EØS-/UK-lande er omfattet af sprogkrav jf. pkt. 7.4.

- 4.3 Erstatningen opgøres efter "danmark" Erhvervs til enhver tid gældende maksimale takster og dækningsbegrænsninger for Gruppeaftalen samt De Generelle forsikringsbetingelser for tanddækning. Taksterne fremgår af Ydelseslisten, som kan ses ved login på **danmarkerhverv.dk**. "danmark" Erhverv kan dog vælge at gøre Ydelseslisten tilgængelig for forsikrede på anden vis.

- 4.4 Erstatning udbetales kun, hvis udgiften er afholdt for en ydelse, der direkte er anvendt af forsikrede selv.

- 4.5 Erstatningen fastsættes på baggrund af forsikredes faktiske udgift og kan aldrig overstige forsikredes faktiske udgift.

- 4.6 Hvis der i forbindelse med skadesbehandlingen opstår behov for yderligere dokumentation, har "danmark" Erhverv ret til at indhente yderligere relevant journalmateriale fra den behandlende tandlæge/tandplejer.

5 Forsikringssum og selvrisiko

- 5.1 Den forsikrede kan se sin årlige forsikringssum på **danmarkerhverv.dk**. Den årlige forsikringssum fremgår også af Gruppeaftalen.

- 5.2 Hvis der er aftalt en årlig selvrisiko, kan den forsikrede se sin selvrisiko på **danmarkerhverv.dk**. Selvrisikoen fremgår også af Gruppeaftalen.

Erstatningen vil i givet fald først blive udbetalt, når erstatningen for et forsikringsår samlet overstiger selvrisikoen efter fratræk af eventuelle erstatninger fra anden forsikring og/eller fra det offentlige.

- 5.3 Det første forsikringsår løber fra det tidspunkt, den forsikredes dækning træder i kraft, jf. punkt 14, og frem til Gruppeaftalens hovedforfald. Herefter påbegyndes et nyt forsikringsår på 12 måneder og så fremdeles.

- 5.4 Hvis det første forsikringsår er under 12 måneder tilpasses forsikringssum og selvrisiko forholdsmæssigt.

- 5.5 Det er behandlingstidspunktet, der er afgørende for, hvilket forsikringsår en erstatning skal henregnes til.

6 Undtaget fra erstatning

- 6.1 Behandlinger, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation, og hvor hovedformålet er at forandre eller forbedre udseendet, erstattes ikke, selvom behandlingen fremgår af Ydelseslisten.

En behandling, som foretages som følge af en forandring, der er opstået som følge af sygdom eller traume, er ikke en kosmetisk behandling. Forsikringen dækker ikke forud bestående behandlingsbehov, herunder manglende tænder, på tidspunktet, hvor den forsikredes dækning træder i kraft, medmindre andet er aftalt i Gruppeaftalen. Med forud bestående behov menes behandling, der var anbefalet, planlagt, eller som forsikrede kendte til/burde kende til,

på tidspunktet, hvor den forsikredes dækning træder i kraft.

6.2 Erstatning ydes ikke for tandbehandlinger, der er udført til forsikrede af:

- forsikrede selv eller forsikredes virksomhed
- forsikredes ægtefælle/samlever eller ægtefælle/samleverens virksomhed, forsikredes børn eller forældre, samt disses virksomhed.

6.3 Erstatning ydes ikke for udgifter til attester, vagttillæg og konsultationer.

6.4 Erstatning ydes ikke for udgifter til tandbehandling i forbindelse med skader, som skyldes misbrug af alkohol, narkotika eller andre giftstoffer, medicin, smykker i og omkring mundhulen, samt eventuelle følgesygdomme heraf eller som følge af selvforskyldt eller grov uagtsom beskadigelse af legemet.

6.5 Under epidemier, der er taget under offentlig behandling, kan "danmark" Erhverv nedsætte erstatningerne eller lade disse helt falde bort.

6.6 Erstatning ydes ikke for udgifter til tandbehandling, der indtræder som en direkte eller indirekte følge af naturforstyrrelser, epidemier, krig, krigslignende operationer, terror eller terrorlignende operationer, foranstaltninger til værn mod sådanne borgerkrige, oprør eller borgerlige uroligheder samt skader, der direkte eller indirekte er forårsaget af eller står i forbindelse med atomkernereaktioner eller andre former for force majeure.

6.7 Erstatning ydes ikke til behandling af skader, der er opstået som følge af udøvelse af professionel sport (idræt mod økonomisk vederlag eller subsidier, der sidestilles hermed).

6.8 Erstatning ydes ikke for udgifter, som er omfattet af en anden forsikring eller af det offentlige, jf. punkt 10.

6.9 Erstatning ydes ikke til behandlingsforløb, der før forsikringsstart er bekræftet dækket fra anden forsikring, uanset at behandlingen eller dele af behandlingsforløbet finder sted efter forsikringens ikrafttrædelse i "danmark" Erhverv.

6.10 Erstatning ydes ikke i det omfang, erstatning er undtaget og/eller begrænset i Ydelseslisten. Eventuelle undtagelser og/eller begrænsninger i dækningsomfang fremgår også af Gruppeaftalen.

7 Anmeldelse af krav

7.1 Anmeldelse af krav skal ske elektronisk fra tandlægen til "danmark" Erhverv, efter fastlagt specifikation.

7.2 Uanset punkt 7.1 kan dækkede behandlinger anmeldes af forsikrede selv. I det tilfælde skal forsikrede anmelde sit krav hurtigst muligt til "danmark" Erhverv via log ind på **danmarkerhverv.dk**, når behandlingen er udført, og regningen er betalt.

7.3 Den forsikrede skal ved anmeldelse, jf. punkt 7.2, indsende og/eller uploade den originale regning, som skal være specificeret og forsynet med entydig identifikation af forsikrede, f.eks. navn og adresse og cpr-nummer eller police-nummer. Den forsikrede skal desuden indsende dokumentation for, at regningen er betalt.

7.4 De nævnte dokumentationer skal være på enten dansk, svensk, norsk, engelsk eller tysk. Er sprokravet ikke opfyldt, skal der medsendes autoriseret translatør-oversættelse af de pågældende dokumenter. "danmark" Erhverv dækker ikke udgifter hertil.

8 Forældelsesregler

- 8.1 Ethvert krav skal være fremsat over for "danmark" Erhverv inden 6 måneder efter ophør af forsikringsdækningen, jf. punkt 15. Ved udløbet af denne tidsfrist bortfalder retten til udbetaling af erstatning, der ikke er anmeldt.
- 8.2 Herudover forældes ethvert krav mod "danmark" Erhverv efter dansk rets almindelige regler om passivitet og forældelse.

9 Præmiebetaling

- 9.1 Forfalden præmie betales af gruppe-repræsentanten efter bestemmelserne i Gruppeaftalen.
- 9.2 Ved manglende præmiebetaling bortfalder dækningen med virkning for forsikrede.

10 Dækning fra anden side

- 10.1 "danmark" Erhverv yder ikke erstatning for udgifter, som er dækket af anden forsikring eller af det offentlige.
- 10.2 Forsikrede er forpligtet til straks at give "danmark" Erhverv besked om, at erstatningskravet er helt eller delvist dækket af anden forsikring, således at "danmark" Erhverv kan gennemføre et eventuelt regreskrav. Der er dog ikke krav om besked om dækning hos Sygeforsikringen "danmark".
- 10.3 "danmark" Erhverv bestemmer, om selskabet vil gennemføre dets krav mod det andet selskab.
- 10.4 Forsikrede er forpligtet til ved retsforfølgning eller lignende at træffe de foranstaltninger, der er nødvendige for også at varetage "danmark" Erhvervs interesser over for det andet selskab.
- 10.5 Hvis forsikrede modtager erstatning eller tilskud fra anden side for afholdte udgifter til tandbehandling m.v. i tilfælde af dobbeltforsikring, udbetaler "danmark" Erhverv ikke erstatning. Har "danmark"

Erhverv i tilfælde af dobbeltforsikring allerede udbetalt erstatning, skal de af "danmark" Erhverv ydede erstatninger straks tilbagebetales.

"danmark" Erhverv har ret til at modregne uberettigede modtagne udbetalinger i forsikredes senere forfaldne krav mod "danmark" Erhverv.

Har det andet forsikringsselskab også begrænset sin dækning i tilfælde af dobbeltforsikring, er både "danmark" Erhverv og det andet forsikringsselskab forpligtet til at betale forholdsmæssig erstatning.

- 10.6 Forsikrede kan ikke med bindende virkning for "danmark" Erhverv frafalde krav, nedsætte disse eller på anden måde forringe "danmark" Erhvervs retsstilling over for en anden dækning som nævnt i punkt 10.1.
- 10.7 Hvis forsikrede overtræder reglerne i punkt 10.1 – 10.6, kan det medføre, at "danmark" Erhvervs erstatningsforpligtelse bortfalder eller nedsættes.
- 10.8 Det er ikke muligt at opnå erstatning fra mere end en enkelt tandforsikring i "danmark" Erhverv, jf. punkt. 15.4.

11 Tillæggsforsikring for medforsikrede

- 11.1 Hvis det fremgår af Gruppeaftalen, har forsikredes partner under 69 år og med samme folkeregisteradresse, og egne eller partners børn mellem 18–25 år, mulighed for at tegne en tillæggsforsikring. Partnerforsikring vil automatisk ophøre, når partner fylder 70 år, og børneforsikring når barnet fylder 26 år.
- 11.2 Tillæggsforsikringen skal tegnes senest 30 dage efter optagelsestidspunktet for forsikrede, jf. punkt 14, og med ikrafttrædelse fra optagelsestidspunktet.
- 11.3 Hvis forsikrede efterfølgende får partner med samme folkeregisteradresse eller har børn, der fylder 18 år, har disse tilsvarende mulighed for forsikringsdækning, hvis

"danmark" Erhverv får meddelelse herom inden for 30 dage efter registrering af fælles folkeregisteradresse eller barnets 18-års fødselsdag.

- 11.4 Dækning og præmie for tillægsforsikringen fremgår af Gruppeaftalen.
- 11.5 De nærmere bestemmelser om de medforsikrede, deres indtræden og udtræden af tillægsforsikringen samt forsikringsdækningens omfang, præmiebetaling, selvrisko m.v., fremgår af særskilte tillægsforsikringsbetingelser.

12 Ændringer m.v.

- 12.1 Ændringer i Forsikringsaftalen varsles til Grupperepræsentanten. De Forsikrede kan til hver en tid selv se gældende forsikringsbetingelser, tanddækning og Ydelsesliste ved at logge på selvbetjeningen via **danmarkerhverv.dk**.
- 12.2 Gebyrer kan forhøjes eller nye gebyrer indføres til dækning af omkostninger i forbindelse med præmieopkrævninger, rykkerskrivelser samt udskrivning af dokumenter og øvrige serviceydelser. Der informeres om ændringer på **danmarkerhverv.dk**. På **danmarkerhverv.dk** findes der en oversigt over samtlige gebyrer.

13 Behandling af personoplysninger

- 13.1 "danmark" Erhverv vil, som led i den forsikredes dækning under Forsikringsaftalen, behandle den forsikredes personoplysninger, hvilket sker i overensstemmelse med "danmark" Erhvervs politik for behandling af personoplysninger, som kan findes på **danmarkerhverv.dk**.

14 Ikrafttrædelse af forsikringsdækning

- 14.1 Forsikringsdækningen træder i kraft jf. punkt 14.2.
- 14.2 Ikrafttrædelsestidspunktet for den forsikrede vil fremgå af Gruppeaftalen. Ikrafttrædelsestidspunktet for den forsikrede kan tidligst være ikrafttrædelsestidspunktet for Gruppeaftalen.

15 Ophør af forsikringsdækning

- 15.1 Dækningen ophører automatisk senest samtidig med, at forsikrede fratræder sin stilling eller udtræder af den forening, organisation eller lignende, der berettiger til dækning, eller at Gruppeaftalen ophører.
- 15.2 "danmark" Erhverv kan ophæve dækningen for den forsikrede uden varsel, hvis den forsikrede ved bevidst urigtige oplysninger, falske eller rettede bilag, eller på anden måde har søgt at opnå en erstatning, som forsikrede, ikke har krav på, eller en større erstatning end forsikrede er berettiget til.
- 15.3 Dækningen bortfalder ved manglende præmiebetaling efter bestemmelserne i Gruppeaftalen.
- 15.4 Forsikrede kan aldrig opnå mere end én forsikringsdækning ved "danmark" Erhverv.

Opfylder forsikrede betingelserne for at opnå 2 Gruppeforsikringer gennem 2 Gruppeaftaler, ophæver "danmark" Erhverv én af Gruppeforsikringerne uden varsel.

Opfylder forsikrede betingelserne for at opnå både én Gruppeforsikring og én tillægsforsikring, ophæver "danmark" Erhverv tillægsforsikringen uden varsel.

16 Lovvalg og klagemulighed

- 16.1 Dansk rets almindelige bestemmelser om forsikringsaftaler, samt dansk lovgivning i øvrigt, finder anvendelse i det omfang denne lovgivning ikke er fraveget ved bestemmelser i Forsikringsaftalen.
- 16.2 Ved uenighed om en afgørelse, kan der rettes henvendelse til den afdeling i "danmark" Erhverv, der har behandlet sagen. Hvis der stadig ikke kan opnås enighed, kan der rettes henvendelse til "danmark" Erhvervs klageansvarlige. Se også klagevejledning på "danmark" Erhvervs hjemmeside.
- 16.3 Hvis der efter henvendelse til den klageansvarlige fortsat ikke kan opnås enighed, kan der klages til Ankenævnet for Forsikring. Når der klages, skal der betales et gebyr på 200 kr. til ankenævnet. Man får de 200 kr. tilbage, hvis man får helt eller delvist ret i sin klage. Klagevejledning er tilgængelig på **www.ankeforsikring.dk**

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.

De oversøiske øer, departementer, kolonier og områder tilhørende de europæiske lande, er ikke omfattet af dækningsområderne.

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.

"danmark" Erhverv
Palægade 5
1261 København K
Telefon 33 46 26 55
CVR-nr. 39437392

