



Personforsikring

Vilkår, version: Person2410

Gældende fra 20. november 2024

Indhold

Fortrydelsesret og personoplysninger	3
Din aftale	3
Indledning.....	4
1 Hvem er omfattet?	4
2 Hvor dækker forsikringen?	4
3 Hvornår dækker forsikringen?.....	4
Ulykke.....	5
4 Hvilke ulykkestilfælde dækker forsikringen?.....	5
5 Forsikringen dækker ikke.....	6
Invaliditet ved ulykke	8
6 Invaliditet ved ulykke	8
7 Behandling / genoptræning ved ulykke.....	9
Tand- og tyggeskade	10
8 Hvad dækker forsikringen?.....	10
Død ved ulykke.....	11
9 Hvad dækker forsikringen?.....	11
Strakserstatning	12
10 Hvad dækker forsikringen?.....	12
Visse kritiske sygdomme	13
11 Forsikringen dækker	13
12 Forsikringen dækker ikke.....	14
13 Udbetaling ved Visse kritiske sygdomme.....	15
Tandbehandling	16
14 Forsikringen dækker	16
15 Forsikringen dækker ikke.....	17
Fællesbestemmelser	19
16 Når skaden er sket.....	19
17 Genoptagelse af varigt mén.....	19
18 Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.....	20
19 Du skal give Alka besked	20
20 Indeksregulering.....	20
21 Opkrævning, gebyrer, afgifter og bidrag.....	21
22 Forsikringens varighed og opsigelse.....	22
23 Generelle undtagelser	22
24 Kommunikation	22
25 Hvis du ønsker at klage	23

Fortrydelsesret og personoplysninger

Fortrydelsesret

Ifølge forsikringsaftalelovens § 34i kan du fortryde, at du har købt forsikringen.

Fortrydelsesfristen er 14 dage, og bliver regnet fra den dag, du modtager policen.

- Hvis du fx får policen mandag den 1., og du også har fået oplysning om fortrydelsesretten, kan du fortryde aftalen til og med mandag den 15.
- Hvis fristen udløber i en weekend, på en helligdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, kan du vente med at fortryde til den følgende hverdag.

Hvis du fortryder dit køb af forsikringen, bliver købet ophævet, og du skal ikke betale noget for forsikringen.

Det betyder også, at du ikke er dækket af forsikringen, hvis der sker en skade i perioden, fra du har købt forsikringen, til du fortryder købet.

Sådan fortryder du

Hvis du fortryder dit køb, er det vigtigt, at du giver os besked. Ring til os, eller send en mail. Du skal give os besked, inden fristen udløber.

Du skal give besked til:

Alka Forsikring,
Klausdalsbrovej 601,
2750 Ballerup
alka@alka.dk

Personoplysninger

Som kunde har du mulighed for at se, hvilke personoplysninger vi har om dig. Det vil typisk være oplysninger om navn, adresse, CPR-nummer og dine forsikringer. Hvis du ønsker at se disse oplysninger, skal du blot skrive til os.

Har du købt en forsikring, der dækker dit barn (som forsikrede), har du givet samtykke til, at vi ligeledes må behandle de afgivne oplysninger om dit barn. Du har ligeledes givet samtykke til, at dit barn får mulighed for selv at give meddelelse til os om ændring af beskæftigelse ved det fyldte 18. år og fremtidigt. Efter barnets fyldte 18. år kan vi skrive til jer begge to, idet dit barn på det tidspunkt kan vælge at få sin egen forsikring.

Informationer fra Alka

Hvis du ikke ønsker at modtage informationer om eventuelle nyheder, tilbud og fordele, skal du give os besked. Så sørger vi for, at de ikke bliver sendt til dig.

Din aftale

Grundlaget for aftalen

Din aftale består af din police og dine vilkår.

Det er dansk lovgivning - herunder lov om forsikringsaftaler og lov om forsikringsvirksomhed - som danner grundlag for aftalen.

Hvad mener vi med du, dig, vi eller os?

Når vi skriver du eller dig, mener vi dig som forsikringstager. Når vi skriver vi eller os, mener vi Alka som forsikringsselskab.

Indledning

Hvorfor skal du læse dine vilkår?

Det er vigtigt, at du læser din police og dine vilkår igennem – også før skaden sker, så du er klar over hvordan forsikringen dækker.

Under hver forsikringsdækning har vi først beskrevet, hvad forsikringen dækker, og dernæst hvad forsikringen ikke dækker.

Vi vil gerne høre fra dig, hvis du er i tvivl eller blot har spørgsmål til vores aftale med dig.

Når skaden sker

Når skaden sker, og du har brug for vores hjælp, anbefaler vi, at du:

- Gør alt hvad du kan for at begrænse skaden.
- Anmelder skaden så hurtigt som muligt på alka.dk.

1 Hvem er omfattet?

1.1 Forsikringstager

1.1.1 Forsikringstageren er den person, som har indgået aftalen med Alka.

1.2 Forsikrede

Den forsikrede er den person, som er dækket af forsikringen.

2 Hvor dækker forsikringen?

2.1 Dækning i Norden

2.1.1 Forsikringen dækker i Danmark, Grønland, Færøerne, Norge, Sverige, Finland og Island.

2.2 Dækning i resten af verden

2.2.1 Forsikringen dækker i op til 2 år ved rejse og midlertidigt ophold i resten af verden.

3 Hvornår dækker forsikringen?

Det fremgår af din police, om forsikringen dækker hele døgnet (Heltid) eller i fritiden (Fritid).

3.1 Heltid

3.1.1 Forsikringen dækker hele døgnet.

3.2 Fritid

3.2.1 Forsikringen dækker i fritiden.

3.2.2 Forsikringen dækker ikke, hvis skaden er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring, lov om værnepligt eller anden lov, der kan sidestilles med dem.

3.2.3 Dækningerne "Tandbehandling" og "Visse kritiske sygdomme, op til 25 år" dækker hele døgnet.

Ulykke

4 Hvilke ulykkestilfælde dækker forsikringen?

4.1 Personskader som følge af

- 4.1.1 Ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
- 4.1.2 Psykiske lidelser, der opstår på grund af ulykkestilfælde, hvor forsikrede selv har været direkte udsat for livsfare eller fare for alvorlig fysisk personskade.
- 4.1.3 Ulykkestilfælde, der skyldes besvimelse eller ildebefindende, hvor årsagen ikke er sygdom.
- 4.1.4 Drukning, kulilteforgiftning, insektstik, insektbid, forfrysning, solstik eller hedeslag.
- 4.1.5 Meningitis. Det er en forudsætning, at sygdommen første gang er konstateret i forsikringstiden.
- 4.1.6 Ulykkestilfælde, der er sket under træning, udøvelse af eller deltagelse i alle former for sport. Forsikringen dækker dog ikke skader opstået ved professionel sport, hvor løn, vederlag, kørselsgodtgørelse eller anden indkomst overstiger 75.000 kr. årligt.

4.2 Hvis forsikrede er under 18 år

Hvis forsikrede er under 18 år, dækker forsikringen:

4.2.1 Fuldstændig tab af:

- Syn på det ene eller begge øjne som følge af sygdom.
- Hørelse på et eller begge ører som følge af sygdom.

Det er en forudsætning for erstatning, at:

- Forsikrede har fået konstateret sygdommen, efter forsikringen er trådt i kraft, og
- Sygdommen ikke er medfødt.

4.2.2 Ved et varigt mén på 30 % eller derover udbetaler vi en sum på 100.000 kr. som et engangsbeløb til forsikringstageren til fri rådighed. Summen vil ikke blive modregnet i erstatningen ved varigt mén.

4.3 Årsagssammenhæng

4.3.1 For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.

4.3.2 Når vi vurderer, om der er årsagssammenhæng, lægger vi blandt andet vægt på:

- Om hændelsen ud fra en lægefaglig vurdering er egnet til at forårsage personskaden. Det vil sige, om hændelsen i sig selv kan forårsage/forklare de gener og symptomer, som forsikrede måtte have, og
- Hvor lang tid der går, fra hændelsen sker, til forsikrede mærker de første symptomer.

5 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke:

5.1 Sygdom og forudbestående lidelse

5.1.1 Sygdom, herunder latent sygdom, tilfældigt tilstødende sygdom eller sygdom, der forværres af et ulykkestilfælde.

Forsikringen dækker dog, hvis sygdommen er opstået, som en direkte følge af ulykkestilfældet.

5.1.2 Følger efter sygdom, fx efter blodprop.

5.1.3 Ulykkestilfælde, der skyldes sygdom.

5.1.4 Forværring af et varigt mén, der skyldes en forudbestående sygdom eller lidelse. Det gælder også, selvom forsikrede ikke har kendt til eller mærket noget til sygdommen/lidelsen før ulykkestilfældet.

5.1.5 Sygdom, der opstår på grund af smitte med vira (virus), bakterier og andre mikroorganismer eller lignende.

5.1.6 Hvis forsikrede har modtaget erstatning for gener efter en tidligere personskade, jf. punkt 4, udbetaler vi ikke erstatning for de samme gener igen i forbindelse med et nyt ulykkestilfælde - uanset om de tidligere gener ikke længere er til stede. Det gælder uanset, om det er os eller et andet forsikringsselskab, der har udbetalt.

5.2 Dagligdags bevægelser, nedslidning og overbelastning

5.2.1 Skade som følge af normale dagligdags bevægelser, fx at bukke sig, rejse sig, gå, sætte sig ned eller række ud efter.

5.2.2 Skade som følge af nedslidning eller overbelastning.

5.3 Følger efter lægebehandling eller anden behandling

5.3.1 Følger efter enhver form for behandling, fx:

- Lægebehandling.
- Tandlægebehandling.
- Kiropraktorbehandling.
- Fysioterapibehandling.
- Alternativ behandling.
- Medicinbehandling.

5.3.2 Forsikringen dækker dog følger efter behandling, hvis behandlingen er nødvendig i forbindelse med et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen.

5.4 Forgiftning

5.4.1 Forgiftning fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

5.5 Psykiske lidelser

5.5.1 Psykiske lidelser, der opstår på grund af:

- Ulykkestilfælde, hvor forsikrede ikke selv har været direkte udsat for livsfare eller fare for alvorlig fysisk personskade.
- Chikane, mobning eller stress.
- Trussel, hvor der ikke er tale om en direkte trussel på forsikredes liv eller trussel om alvorlig personskade på forsikrede.
- Deltagelse i strafbare handlinger, ved anholdelse eller tilbageholdelse, ved ophold i detention, fængsel eller andet, der kan sidestilles hermed.

5.6 Grov uagtsomhed, forsæt, alkohol og slagsmål

5.6.1 Ulykkestilfælde, forsikrede har fremkaldt ved:

- Grov uagtsomhed.
- Forsæt, herunder selvmordsforsøg.
- Selvforskyldt påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og giftstoffer.
- Deltagelse i slagsmål eller håndgemæng.
- Deltagelse i strafbare handlinger.

Det gælder uanset, hvordan forsikredes sindstilstand eller tilregnelighed var ved fremkaldelsen af ulykkestilfældet.

5.6.2 Ved dødsfald, opstået som følge af undtagelserne i punkt 5.6.1, kan forsikringssummen dog udbetales, hvis du har købt "Død ved ulykke", og dækningen har været i kraft i mindst et år.

Vi udbetaler kun forsikringssummen, hvis forsikrede efterlader en eller flere af nedenstående personer. Uanset om forsikrede har oprettet testamente eller begunstigelseserklæring, udbetales forsikringssummen altid til den, der er nævnt først i denne rækkefølge:

1. Ægtefælle/registreret partner, hvis der ikke foreligger separation eller skilsmisse på dødsfaldstidspunktet.
2. Samlever, hvor mindst en af følgende betingelser er opfyldt:
 - a) Forsikrede og samlever har fælles bopæl og venter, har eller har haft barn sammen.
 - b) Forsikrede og samlever har levet sammen i et ægteskabslignende forhold på en fælles bopæl i de sidste to år før dødsfaldet.
3. Umyndige børn.

Hvis forsikrede ikke efterlader en ægtefælle/registreret partner eller samlever, men både umyndige og myndige børn, vil forsikringssummen blive delt ligeligt mellem alle de efterladte børn.

5.7 Dødsfald af naturlig eller ukendt årsag

5.7.1 Dødsfald på grund af sygdom og almen helbredssvækkelse, eller hvor årsagen er ukendt.

5.8 Advokatbistand og anden rådgivning

Advokatbistand og anden rådgivning.

Invaliditet ved ulykke

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Invaliditet ved ulykke")

6 Invaliditet ved ulykke

6.1 Forsikringen dækker

6.1.1 Forsikringen giver ret til erstatning i tilfælde af varigt mén på 5 % eller derover, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 4. Méngraden kan højst være 100 %.

Hvis der sker skade på et af følgende parrede organer, øjne, ører, lunger, nyrer, og der i forvejen er skade på det andet organ, bliver méngraden fastsat som forskellen mellem den oprindelige méngrad og den samlede méngrad for tab af begge organer.

6.1.2 Ved en méngrad på 30 % eller derover, udbetaler vi dobbelt erstatning.

6.1.3 Nødvendig transport fra ulykkesstedet på skadetidspunktet til nærmeste behandlingssted, fx sygehus.

6.2 Forsikringen dækker ikke

Undtagelserne i punkt 5 gælder også for "Invaliditet ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

6.3 Udbetaling af ménerstatning

6.3.1 Erstatningen udbetales som et engangsbeløb. Ved varigt mén udgør erstatningen den fastsatte méngrad af forsikringssummen på tidspunktet for ulykkestilfældet. Summen ved "invaliditet ved ulykke" fremgår af policen.

6.3.2 Méngraden bliver fastsat, når de endelige følger efter ulykkestilfældet kan bestemmes. Et varigt mén kan som udgangspunkt først fastsættes, når den helbredsmæssige tilstand er varig. Det betyder, at helbredstilstanden ikke kan forventes at blive bedre, hverken af sig selv eller ved behandling.

6.3.3 Méngraden bliver fastsat ud fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, der gælder på tidspunktet for afgørelsen. Hvis sagen bliver genoptaget senere, bruger vi den samme méntabel, som blev brugt ved den første afgørelse.

6.3.4 Hvis det varige mén ikke er anført i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel, fastsætter vi selv méngraden.

Vi fastsætter altid méngraden på baggrund af skadens medicinske art og omfang. Vi tager ikke hensyn til forsikredes erhverv, indtægt, sociale situation eller andre individuelle forhold.

6.3.5 En forudbestående sygdom eller lidelse kan ikke medføre, at erstatningen bliver fastsat højere, end hvis en sådan sygdom eller lidelse ikke havde været til stede.

6.3.6 Vi udbetaler til forsikrede. Er forsikrede under 18 år på udbetalingstidspunktet, udbetaler vi til forsikringstager.

7 Behandling/genoptræning ved ulykke

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Invaliditet ved ulykke")

7.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker behandlingsudgifter, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 4, og dækker rimelige og nødvendige udgifter til:

7.1.1 Behandling hos:

- Kiropraktor.
- Fysioterapeut.
- Zoneterapeut.
- Akupunktør.
- Osteopat.
- Kranio sakralterapeut.

Forsikringen dækker kun udgifter til behandlinger, hvis:

- Zoneterapeut eller akupunktør er registreret i RAB-ordningen (Registrerede Alternative Behandlere).
- Osteopat er registreret i RO-ordningen (Registrerede Osteopater).
- Kranio sakralterapeut er medlem af Foreningen Kranio sakralterapeuter i Danmark.

Forsikringen dækker behandlingsudgifter, indtil forsikredes helbredsmæssige tilstand er varig, eller méngraden er fastsat – dog maksimalt i 12 måneder fra ulykkestilfældet.

7.1.2 Behandling hos psykolog eller speciallæge i psykiatri.

Behovet skal være opstået som følge af en hændelse, hvor forsikrede har været i direkte livsfare eller direkte fare for alvorlig fysisk personskade, fx voldsomme trafikuheld, overfald eller naturkatastrofer.

Forsikringen dækker højst 10 behandlinger og maksimalt i 12 måneder fra ulykkestilfældet.

7.1.3 Forsikringen dækker udgifterne, så længe vi vurderer, at behandlingen er rimelig og nødvendig og har en helbredende effekt. Vi skal godkende behandlingen, inden den går i gang, og vi har ret til at anvise en behandler.

7.2 Forsikringen dækker ikke

7.2.1 Udgifter til behandling af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykkestilfældet.

7.2.2 Udgifter til bandage, forbindinger, medicin eller andre hjælpemidler.

7.2.3 Udgifter til behandling, der er dækket af andre, som for eksempel den offentlige sygesikring, en arbejdsskadeforsikring, Sygeforsikringen "danmark" eller anden type forsikring.

7.2.4 Undtagelserne i punkt 5 gælder også for "Behandling/genoptræning ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

Tand- og tyggeskade

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Tand- og tyggeskade")

8 Hvad dækker forsikringen?

8.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til tand- og tyggeskader, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 4, og dækker rimelige og nødvendige udgifter til:

- 8.1.1 Behandling af tænder.
- 8.1.2 Behandling af tyggeskader, når skaden sker ved spisning.
- 8.1.3 Udbedring af skade på protese, når den bliver beskadiget, mens den sidder i munden.

8.2 Behandling

- 8.2.1 Forsikringen dækker udgifter til genopretning af tandsættet eller protesen til samme status som før skaden. Udgifterne dækkes, når vi vurderer, at behandlingen er rimelig og nødvendig.
- 8.2.2 Forsikringen dækker én endelig behandling. Det betyder, at forsikringen ikke dækker udgifter, hvis en behandling senere skal genoptages som følge af slid, aldersbetingede forhold, dårlig holdbarhed af den udførte behandling eller andre forhold, der kan sidestilles med det.
- 8.2.3 Vi skal godkende behandlingen, inden den går i gang, og vi har ret til at anvise en behandler. Det gælder dog ikke akutte nødbehandlinger.
- 8.2.4 Forsikringen dækker udgifter til tandbehandling, der foretages i op til 5 år efter ulykkestilfældet.

Hvis forsikrede er omfattet af den offentlige tandpleje på tidspunktet for ulykkestilfældet, dækker forsikringen den behandling, der først kan udføres, når den forsikrede ikke længere er omfattet af den offentlige tandpleje. Behandlingen skal dog være afsluttet inden den forsikrede fylder 25 år.

8.3 Nedsættelse af erstatning

- 8.3.1 Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tændernes eller protesens tilstand var forringet inden ulykkestilfældet, fx som følge af:
 - Genopbygning.
 - Dårlig mundhygiejne.
 - Rodbehandling.
 - Caries.
 - Slid.
 - Paradentose.
 - Forsømt tandsæt.
 - Sygdom i tænderne og de omgivende knogler.

- 8.3.2 Hvis en beskadiget tand er et led i en bro, eller nabotænderne mangler eller er forringede, jævnfør punkt 8.3.1, kan dækningen af udgifter ikke overstige, hvad der svarer til nødvendig behandling af en sund tand.

8.4 Forsikringen dækker ikke

- 8.4.1 Udgifter, der er dækket af andre, som fx den offentlige sygesikring, en arbejdsskadeforsikring, Sygeforsikringen "danmark" eller anden type forsikring.
- 8.4.2 Nødvendig tandbehandling som følge af en tilstedeværende sygdom og/eller almindelige aldersforandringer i tænderne samt almindelig vedligeholdelse af tandsættet, selvom behandlingsbehovet muligvis opstår tidligere på grund af et ulykkestilfælde.

8.4.3 Følgeudgifter efter et ulykkestilfælde, fx udgifter til:

- Medicin.
- Bidskinner.
- Tandbøjler.
- Hjælpemidler.
- Forbindinger.
- Bandager.

8.4.4 Undtagelserne i punkt 5 gælder også for "Tand- og tyggeskade". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

Død ved ulykke

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Død ved ulykke")

9 Hvad dækker forsikringen?

9.1 Forsikringen dækker

9.1.1 Vi udbetaler forsikringssummen ved dødsfald, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 4, når dødsfaldet sker inden for et år efter ulykkestilfældet.

9.2 Forsikringen dækker ikke

9.2.1 Undtagelserne i punkt 5 gælder også for "Død ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

9.3 Udbetaling

9.3.1 Vi udbetaler forsikringssummen, der var gældende på tidspunktet for ulykkestilfældet. Summen ved død fremgår af policen.

9.3.2 Er forsikrede 18 år eller derover på tidspunktet for dødsfaldet, udbetaler vi forsikringssummen til forsikredes nærmeste pårørende i henhold til reglerne i Lov om forsikringsaftaler § 105 a, medmindre andet fremgår af policen – se dog punkt 5.6.

9.3.3 Er forsikrede under 18 år på tidspunktet for dødsfaldet, udbetaler vi forsikringssummen som begravelseshjælp til forsikringstager.

9.4 Modregning

9.4.1 Hvis forsikrede er 18 år eller derover på tidspunktet for dødsfaldet og har fået erstatning for varigt mén, fratrækker vi den erstatning i forsikringssummen ved dødsfald. Det gælder kun hvis ulykkestilfældet, vi har udbetalt for, senere medfører dødsfaldet.

Strakserstatning

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Strakserstatning")

10 Hvad dækker forsikringen?

10.1 Forsikringen dækker

Vi udbetaler forsikringssummen, hvis forsikrede, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 4, får:

10.1.1 Knoglebrud på følgende legemsdele:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| • Skulderen. | • Ryggen. |
| • Kravebenet. | • Halebenet. |
| • Overarmen. | • Bækkenet. |
| • Albuen. | • Hoften. |
| • Underarmen. | • Lårbenet. |
| • Håndleddet. | • Knæskallen. |
| • Mellemhånden/håndroden. | • Underbenet. |
| • Kraniet, på nær ansigtsskelettet. | • Anklen. |
| • Nakken. | • Mellemfoden/fodroden inklusive hæl. |

Hvis den forsikrede er under 18 år på tidspunktet for ulykkestilfældet og får skade på en af ovenstående legemsdele, uden at der kan konstateres brud, men modtager samme behandling som ved et dækningsberettiget brud, udbetaler vi forsikringssummen.

10.1.2 Overrivning i følgende tilfælde:

- Helt eller delvist overrevet korsbånd i knæet.
- Totalt overrevet sideledbånd i knæet.
- Totalt overrevet akillessene.

10.2 Dokumentation af skaden

10.2.1 Skaden skal dokumenteres ved lægejournal.

10.3 Forsikringen dækker ikke

- Legemsdele, der ikke er nævnt i punkt 10.1. Fx ribben, fingre og tæer.
- Træthedsbrud/stress-fraktur.
- Ledbåndsskader.
- Avulsionsfrakturer, herunder knogleafsprængninger eller knogleafrivninger.
- Brud, hvis der inden for det seneste år har været brud på samme sted.

10.3.1 Undtagelserne i punkt 5 gælder også for "Strakserstatning". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

10.4 Udbetaling

10.4.1 Vi udbetaler forsikringssummen som et engangsbetøb til dig. Summen på "Strakserstatning" fremgår af policen.

10.4.2 Vi udbetaler én sum pr. ulykkestilfælde. Det gælder uanset antallet af knoglebrud/overrivninger.

Visse kritiske sygdomme

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt dækning ved "Visse kritiske sygdomme, op til 25 år")

11 Forsikringen dækker

11.1 Forsikringen dækker, hvis forsikrede får en af følgende sygdomme

De nævnte diagnosekoder er ICD10-koder, som er de internationale koder til klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO.

11.1.1 Sukkersyge (Diabetes mellitus) type 1 og 2, diagnosekode E10 og E11

11.1.2 Operationskrævende hjertesygdomme

Dækker når én af følgende operationer er gennemført:

- Hjerteroperation ved åbning af brystkasse.
- Operation af coarctatio aorta.
- Indsættelse af ICD-enhed eller pacemakerbehandling, der kan forbedre hjertets pumpe- eller rytme-funktion.
- Operation af misdannelse i de store kar omkring hjertet.
- Øvrig hjerteroperation.

11.1.3 Multipel sklerose, diagnosekode G35

11.1.4 Enhver form for godartet svulst i centralnervesystemet, diagnosekode D32 og D33.
Det er en betingelse, at svulsten er operationskrævende.

11.1.5 Hjernesygdomme:

Dækker én af følgende tilstande:

- Hjerneblødning og blodprop i hjernen (Apopleksi), hvor der efter 1 måned er følger, som forventes at være varige.
- Gennemført operation af sækformet udvidelse af hjernens pulsårer (aneurisme) eller intrakraniell arteriovenøs karmisdannelse.

11.1.6 Svær epilepsi

Sygdommen skal være med minimum 3 dokumenterede tilfælde af generaliserede krampeanfald (Grand mal).

11.1.7 Meningitis (hjernehindebetændelse), diagnosekode G00 og A390
Sygdommen skal skyldes en bakterie.

11.1.8 Kræft

Alle former for kræft, der ikke betragtes som forstadier, er omfattet.

11.1.9 Kronisk nyresvigt

Hvis forsikrede får behov for varig dialyse.

11.1.10 HIV og AIDS, diagnosekode B20-B24

Forsikringssummen kan alene udbetales for den ene diagnose.

11.1.11 Kronisk betændelse i tarmen, diagnosekode K51

Colitis Ulcerosa eller Ulcerøs colit.

11.1.12 Organtransplantation

Dækker én af følgende tilstande, når forsikrede er sat på venteliste i Danmark eller får gennemført organtransplantation af:

- Hjerter.
- Lunge.
- Lever.
- Nyre.
- Knoglemarv.

11.2 Tidspunkt for diagnose og symptomer

11.2.1 Det er diagnosetidspunktet eller tidspunktet for de første symptomer, der er afgørende for, om der er dækning.

Alkas lægekonsulent fastsætter diagnosetidspunkt eller tidspunktet for de første symptomer ud fra oplysningerne i lægejournalen. Det er derfor ikke afgørende, hvornår du eller forsikrede får kendskab til diagnosen eller symptomerne.

11.2.2 Det er en betingelse for dækning, at en diagnose er stillet af læge med speciale inden for den aktuelle sygdom. Diagnosen skal kunne dokumenteres.

11.3 Udbetaling en gang pr. sygdom

Når vi har udbetalt forsikringssummen for en sygdom, dækker forsikringen ikke længere den/de diagnosetyper og behandlinger, der fremgår under det punkt, der danner grundlag for udbetalingen.

Fx kan der ikke udbetales for 2 forskellige operationer af hjertesygdom, jf. punkt 11.1.2.

12 Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke:

12.1 Sygdomme de første 3 måneder (karenstid)

12.1.1 Diagnoser, der bliver stillet indenfor de første 3 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft.

12.1.2 Sygdomme, der har vist symptomer eller forstadier inden for de første 3 måneder efter, at forsikringen er trådt i kraft.

12.1.3 Der er dog ingen karenstid, hvis vi har overtaget en tilsvarende sygdomsforsikring fra et andet forsikringsselskab.

12.2 Sygdomme og symptomer før forsikringstiden

12.2.1 Diagnoser, der er stillet før forsikringstidens begyndelse, og senere tilsvarende diagnoser, der stilles igen i forsikringstiden.

Hvis forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, inden forsikringen trådte i kraft, gælder dog særlige regler. Forsikringen dækker en ny kræftdiagnose, der stilles i forsikringstiden, hvis der er gået mindst 10 år siden, behandlingen af den tidligere kræftdiagnose blev afsluttet.

12.2.2 Sygdomme, som før forsikringstiden har vist symptomer eller forstadier. Det gælder også, hvis der har været mistanke om sygdommen.

12.3 Relaterede sygdomme/behandlinger

Hvis forsikrede inden forsikringstiden har fået stillet relateret diagnose eller modtaget behandling for:

12.3.1 AIDS, hvis forsikrede er konstateret HIV-positiv.

12.3.2 Nyretransplantation, hvis forsikrede har modtaget dialyse.

- 12.3.3 Kronisk nyresvigt, hvis forsikrede er nyretransplanteret eller er på venteliste til transplantation.
- 12.3.4 Operationskrævende hjertesygdom, hvis forsikrede er hjertetransplanteret eller er på venteliste til transplantation.
- 12.3.5 Hjertetransplantation, hvis forsikrede har haft operationskrævende hjertesygdom.
- 12.3.6 Svær epilepsi, hvis forsikrede har haft:
- Hjerneblødning.
 - Blodprop i hjernen.
 - Meningitis.
 - Hjernesvulst.
- 12.3.7 Knoglemarvstransplantation, hvis forsikrede har haft kræft i knoglemarven.
- 12.4 Grov uagtsomhed, forsæt, alkohol og slagsmål**
- 12.4.1 Sygdomme, der er opstået ved:
- Grov uagtsomhed.
 - Forsæt, herunder selvmordsforsøg.
 - Selvforskyldt påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og giftstoffer.
 - Deltagelse i slagsmål eller håndgemæng.
 - Deltagelse i strafbare handlinger.
- Det gælder uanset, hvordan forsikredes sindstilstand eller tilregnelighed var ved fremkaldelsen af årsagen til sygdomme.
-

13 Udbetaling ved Visse kritiske sygdomme

- 13.1 Udbetaling**
- 13.1.1 Vi udbetaler forsikringssummen som et engangsbeløb, når der er stillet en diagnose, og betingelserne for sygdommen er opfyldt. Summen på "Visse kritiske sygdomme" fremgår af policen.
- 13.1.2 Vi udbetaler til forsikringstager. Er forsikrede fyldt 18 år på udbetalingstidspunktet, udbetaler vi til forsikrede.
- 13.2 Hvornår ophører Visse kritiske sygdomme?**
- 13.2.1 "Visse kritiske sygdomme" ophører automatisk ved forsikringens første hovedforfald efter, forsikrede fylder 25 år.
-

Tandbehandling

(Gælder kun, hvis det fremgår af policen, at der er købt "Tandbehandling")

14 Forsikringen dækker

14.1 Hvad dækker forsikringen?

14.1.1 Forsikringen dækker udgifter til behandling af tænder, tandkød og kæbeknogler, når behandlingsbehovet opstår tidligst 2 måneder efter, at dækningen af tandbehandling er trådt i kraft.

Forsikringen dækker dog behandlingsbehov, der opstår inden for de første 2 måneder, hvis vi har overtaget en tilsvarende dækning af tandbehandling fra et andet forsikringsselskab.

14.2 Tidspunkt for behandlingsbehov

14.2.1 Tidspunktet for, hvornår et behandlingsbehov er opstået, fastsættes ud fra en tandlægefaglig vurdering. Vurderingen foretages af vores tandlægekonsulent.

14.3 Behandlingsområder

Forsikringen dækker følgende behandlingsområder:

14.3.1 Tandfyldninger.

14.3.2 Rodbehandlinger.

14.3.3 Kirurgiske indgreb.

14.3.4 Kroner og broer

Har forsikringen dækket udgifter til behandling for krone eller bro, skal der gå mindst 5 år, før vi igen dækker udgifter til behandling af den pågældende krone eller bro.

Forsikringen dækker dog ikke kronebehandling på klinisk sunde tænder, der indgår som bro-pille i en brokonstruktion, hvis der ikke er anden årsag til behandlingen.

14.3.5 Implantater

Forsikringen dækker én implantatbehandling pr. tand.

Forsikringen dækker dog ikke genbehandling og udskiftning af implantater samt udgifter forbundet med komplikationer ved implantater.

14.3.6 Parodontosebehandling

Forsikringen dækker udgifter til parodontosebehandling, når selve sygdommen opstår tidligst 2 måneder efter, at dækningen af tandbehandling er trådt i kraft.

14.3.7 Bidskinne

Forsikringen dækker 1 bidskinne hvert 3. år.

Forsikringen dækker udgifter, hvis tandlægen anbefaler brug af bidskinne, eller udskiftning af eksisterende bidskinne er tandlægefagligt nødvendigt.

14.4 Forsikringssum

Summen på "Tandbehandling" er pr. kalenderår og fremgår af policen.

14.5 Selvrisiko

14.5.1 Selvrisikoen pr. behandlingsforløb fremgår af policen.

14.6 Behandling skal ske i Danmark

14.6.1 Forsikringen dækker udgifter til behandling, der foretages i Danmark.

14.7 Krav til behandlere

14.7.1 Forsikringen dækker udgifter til behandlinger, der udføres af tandlæge (cand.odont.) eller tandplejer.

Det er et krav, at behandleren er autoriseret.

14.8 Behandling inden og uden for normal åbningstid

14.8.1 Forsikringen dækker behandlinger, der er planlagt inden for normal åbningstid.

14.8.2 Er der brug for akut behandling uden for normal åbningstid i forbindelse med akut rodbehandling og betændelsestilstand, dækker vi dog eventuelle ekstraudgifter.

14.9 Behandlingsforløb

14.9.1 Et behandlingsforløb omfatter de ydelser, der er nødvendige for at løse ét konkret behandlingsbehov i en tand, tandkød eller kæbeknogle.

14.9.2 Det er tidspunktet for, hvornår behandlingsbehovet er opstået, der afgør, hvilket kalenderår et behandlingsforløb vedrører.

14.10 Erstatning

14.10.1 Forsikringen erstatter behandlinger med rimelige og nødvendige udgifter.

Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis tandens/tændernes tilstand var forringet, inden dækningen trådte i kraft.

Afviser den behandlende tandlæges honorar væsentligt fra det normale niveau, kan vi afvise at erstatte dele af regningen.

14.10.2 Der gælder én selvrisiko for hvert behandlingsforløb.

14.10.3 Den samlede erstatning for alle behandlingsforløb, der vedrører et kalenderår, kan ikke overstige forsikringssummen.

14.10.4 Erstatningen udbetales til forsikrede.

15 Forsikringen dækker ikke

15.1 Tandeftersyn, tandrensning og undersøgelser

15.1.1 Behandlingsudgifter, der vedrører tandeftersyn og tandrensning samt udgifter til undersøgelser og konsultationer.

15.2 Tandregulering

15.2.1 Behandlingsudgifter, der vedrører tandregulering.

15.3 Tandskader som følge af ulykkestilfælde

15.3.1 Behandlingsudgifter, hvor behovet er opstået som følge af et ulykkestilfælde, jf. punkt 4.

15.4 Tyggeskader

15.4.1 Behandlingsudgifter, når skaden sker ved spising.

15.5 Manglende tænder og mælkætænder

15.5.1 Behandlingsudgifter, der vedrører mælkætænder eller manglende tænder.

15.6 Proteser

15.6.1 Behandlingsudgifter, der vedrører udskiftning eller reparation af hel- og delproteser.

15.7 Behandlingsbehov, før dækningen træder i kraft

15.7.1 Behandlingsudgifter, hvor behovet er opstået, inden dækningen af tandbehandling træder i kraft.

15.8 Slid- og ætseskader

15.8.1 Behandlingsudgifter, der direkte eller indirekte skyldes slid- og/eller ætseskader. Det gælder, hvis slid og/eller ætseskaderne er til stede, inden dækningen af tandbehandling træder i kraft.

15.9 Kosmetiske behandlinger

15.9.1 Kosmetisk behandling eller følger af kosmetisk behandling, fx:

- Tandsmykker eller skader fra tandsmykker.
- Skader fra piercinger.
- Blegning eller behandling af misfarvning af tænder.
- Udskiftning af tandfyldninger og kroner, der ikke er defekte.
- Plast- og porcelænsfacader.

15.10 Tænder, der ikke er optimalt behandlet

15.10.1 Det kan fx være behandlinger, der skyldes tidligere behandling, der er udført dårligt eller midlertidige løsninger, der burde være lavet permanent for at mindske risiko for yderligere forværring.

15.11 Udeblivelse fra behandling

15.11.1 Behandlingsudgifter, der skyldes udeblivelse fra undersøgelse eller behandling.

15.12 Ekstraudgifter på grund af usunde nabotænder

15.12.1 Hvis nabotænder til den beskadigede tand mangler, eller i forvejen er svækket som følge af sygdom, genopbygning, rodbehandling, slid, fæstetab, paradentose eller anden sygdom i tænder og/eller omgivende knogler erstattes, som hvis der var tale om sunde nabotænder.

15.13 Ekstraudgifter på grund af manglende behandling

15.13.1 Behandlingsudgifter, som skyldes, at forsikrede afventer, udskyder eller undlader behandling af et behandlingsbehov, eller undlader at følge tandlægens anbefalinger.

15.14 Genbehandling og genoptagelse

15.14.1 Genbehandling på grund af dårlig kvalitet eller nye behandlingsmetoder.

15.14.2 Genoptagelse af en tidligere behandling, vi har dækket, herunder reparation og almindelig vedligeholdelse.

15.15 Medicin og hjælpemidler

15.15.1 Fx mundskyl, forbindinger, bandager, medicin og tandbøjler.

15.16 Læge- og hospitalsbehandling

15.16.1 Følger efter læge-, medicin- og hospitalsbehandling eller udgifter til behandling hos disse.

15.17 Transport til og fra behandlingsstedet

15.17.1 Transport til og fra behandlingsstedet.

15.18 Hvis behandlingen er dækket af det offentlige eller anden forsikring

15.18.1 Behandlingsudgifter, der er dækket af andre, som fx den offentlige sygesikring, en arbejdsskadeforsikring, Sygeforsikringen "danmark" eller anden forsikring.

15.19 Grov uagtsomhed, forsæt og alkohol

15.19.1 Behandlingsbehov, forsikrede har fremkaldt ved:

- Grov uagtsomhed.
- Forsæt, herunder selvmordsforsøg.
- Selvforskyldt påvirkning af alkohol, narkotika, medicin eller andre rusmidler og giftstoffer.
- Deltagelse i slagsmål eller håndgemæng.
- Deltagelse i strafbare handlinger.

Det gælder uanset, hvordan forsikredes sindstilstand eller tilregnelighed var, ved fremkaldelsen af årsagen til behandlingsbehovet.

15.20 Advokatbistand og anden rådgivning

15.20.1 Advokatbistand og anden rådgivning.

15.21 Smitsomme sygdomme

15.21.1 Behandlingsbehov, der direkte eller indirekte skyldes smitsomme sygdomme.

Fællesbestemmelser

16 Når skaden er sket

16.1 Hvad skal du gøre?

16.1.1 En skade skal anmeldes til os hurtigst muligt. Skaden skal anmeldes via alka.dk.

16.1.2 Når der er sket en skade, skal den så vidt muligt afværges eller begrænses.

16.1.3 Ved dødsfald har vi ret til at kræve obduktion. Hvis vores ønske ikke bliver imødekommet, kan vi afvise at udbetale forsikringssummen.

16.1.4 Når en skade anmeldes, giver vi besked om, hvilke oplysninger og dokumentation der er nødvendige for, at vi kan behandle sagen. Dokumentationen skal være på dansk, medmindre andet er aftalt.

16.1.5 Hvis vi ikke får adgang til nødvendige oplysninger og dokumentation, kan vi afvise skaden, eller afgøre skaden efter vores skøn.

16.1.6 Forsikringen dækker udgifter til attester, erklæringer og undersøgelser foretaget i Danmark, som vi beder om. Vi betaler ikke for udgifter til transport og ophold med videre.

16.1.7 Vi kan kræve, at forsikrede er under nødvendig behandling og følger lægens / behandlerens råd og vejledning.

16.1.8 Hvis ikke ovennævnte regler følges, kan det få betydning for erstatningen.

16.1.9 Når skaden anmeldes, gælder de almindelige bestemmelser og love om forældelse.

17 Genoptagelse af varigt mén

17.1 Hvordan genoptages en sag?

17.1.1 Når sagen er afsluttet, skal vi kontaktes, hvis sagen ønskes genoptaget.

Vi kan genoptage sagen, hvis forsikredes helbredsmæssige tilstand er blevet væsentligt forværret i forhold til de gener, der var, da vi afsluttede sagen. Forværringen skal kun skyldes direkte følger af ulykkestilfældet.

17.1.2 Hvis vi skal genoptage sagen, kræver det, at der er dokumentation vedrørende forværringen. Det kan være fra egen læge, sygehus eller specialister.

Forsikrede skal selv betale udgiften til dokumentationen. Hvis vi genoptager sagen, refunderer vi udgiften.

18 Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

18.1 Fastsættelse af méngrad

- 18.1.1 Vi fastsætter méngraden.
- 18.1.2 Er der uenighed om méngrad eller egnethed, kan både du, forsikrede og vi forlange, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter méngraden.
- 18.1.3 Den, der ønsker, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring skal vurdere méngraden, betaler gebyret og eventuelle andre omkostninger, der er nødvendige for sagens videre behandling.
- Har vi fastsat en méngrad, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring efterfølgende ændrer til din fordel, betaler vi gebyret og andre nødvendige udgifter.
-

19 Du skal give Alka besked

19.1 Når forsikrede fylder 18 år

- 19.1.1 Når forsikrede fylder 18 år, skal vi inden for 3 måneder have besked om forsikredes beskæftigelse.

19.2 Ændring i beskæftigelse eller ved pensionering

- 19.2.1 Vi skal have besked inden for 3 måneder, hvis forsikrede:

- Er studerende og studiet afsluttes.
- Ændrer erhverv/beskæftigelse.
- Ikke er i arbejde i mere end 12 måneder.
- Går på pension.

19.3 Vi skal også have besked

- 19.3.1 Vi skal også have besked, hvis:
- Oplysningerne på policen er forkerte eller ændrer sig.
 - Du eller forsikrede flytter.

19.4 Når vi får besked om ændringer

- 19.4.1 På grundlag af de nye oplysninger beslutter vi, om forsikringen kan fortsætte og i givet fald på hvilke vilkår.
- 19.4.2 Hvis vi ikke får besked, risikerer du at miste retten til erstatning helt eller delvist.
-

20 Indeksregulering

20.1 Tidspunkt for indeksregulering

- 20.1.1 Vi indeksregulerer prisen én gang om året. Der er tale om en generel prisjustering, som sker på forsikringens første betalingsdag i kalenderåret.
- 20.1.2 Vi indeksregulerer ikke forsikringssummer og selvrisikobeløb.

20.2 Indekstal

- 20.2.1 Indeksreguleringen følger udviklingen i Lønindeks for virksomheder og organisationer fra Danmarks Statistik. Hvis udgivelsen af indekset ophører, eller grundlaget for beregningen bliver ændret, kan vi bruge et andet indeks fra Danmarks Statistik.
-

21 Opkrævning, gebyrer, afgifter og bidrag

21.1 Hvornår skal du betale?

- 21.1.1 Vi opkræver den første betaling, når forsikringen træder i kraft. Herefter opkræver vi de følgende betalinger som aftalt.
- 21.1.2 Betalingen skal ske inden den frist, vi skriver på opkrævningen.
- 21.1.3 Hvis du ikke overholder betalingsfristen, sender vi en rykker. I rykkeren skriver vi en ny betalingsfrist. Hvis betalingen ikke sker, inden for rykkerens betalingsfrist, ophører forsikringen og forsikringens dækning ved udløbet af rykkerens betalingsfrist.
- 21.1.4 Vi opkræver lovbestemte afgifter og bidrag.
- 21.1.5 Vi sender opkrævningerne digitalt eller til din adresse.

21.2 Typer af gebyrer

- 21.2.1 Vi kan opkræve gebyrer til hel eller delvis dækning af vores omkostninger. Fx til at:

- Sende opkrævninger.
- Sende rykkere i forbindelse med manglende betaling.
- Behandle inkassosager.
- Sende forsikringspolice og forsikringsoversigter.
- Du opsiger din forsikring, før forsikringens hovedforfald.
- Foretage udbetalinger.

21.3 Ændring af gebyrer

- 21.3.1 Vi kan ændre eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer af:
- Omkostningsmæssige årsager – fx hvis vi digitaliserer flere af vores processer eller ydelser, eller indfører flere selvbetjeningsløsninger.
 - Forretningsmæssige årsager – fx for at udnytte vores ressourcer eller kapacitet på en mere hensigtsmæssig måde, eller for at ændre den generelle gebyrstruktur.
 - Markeds-mæssige årsager – fx hvis grundlaget for gebyret har ændret sig, eller hvis vi ser en ændret kundeadfærd.
- 21.3.2 Hvis vi ændrer et eksisterende gebyr, offentliggør vi det på alka.dk med en måneds varsel til den første i en måned. Væsentlige ændringer af eksisterende gebyrer vil blive varslet med en måneds varsel til den første i en måned.
- 21.3.3 Hvis vi indfører nye gebyrer, vil de blive varslet med en måneds varsel til den første i en måned.
- 21.3.4 Gebyrer indeksreguleres efter samme indeks, som nævnt i punkt 20.2.1. Gebyret for at sende en rykker indeksreguleres ikke.
- 21.3.5 Vi kan uden varsel sætte gebyrer ned eller fjerne dem.
- 21.3.6 Du kan altid se de gældende gebyrer på alka.dk eller få dem oplyst hos os.
-

22 Forsikringens varighed og opsigelse

22.1 Hvornår kan forsikringen opsiges

- 22.1.1 Forsikringen gælder et år ad gangen, og fortsætter indtil den bliver opsagt af dig eller os.
- 22.1.2 Du kan også opsiges forsikringen med en måneds varsel til udløb af en tilfældig måned i kalenderåret.
- 22.1.3 Både du og vi kan opsiges forsikringen med 14 dages varsel efter en skade. Det skal ske senest en måned efter, at vi har erstattet eller afvist skaden.
- 22.1.4 Vi kan ændre forsikringens pris og dækning med 14 dages varsel efter en skade. Vi skal skriftligt give dig besked, og senest en måned efter, at vi har erstattet eller afvist skaden. I disse tilfælde kan du opsiges forsikringen pr. ændringsdatoen.
- 22.1.5 Hvis vi ud over indeksreguleringen foretager væsentlige ændringer i prisen, eller væsentlige forringelser i vilkårene, skal vi gøre det med mindst en måneds varsel til forsikringens hovedforfald. Når vi gør det, kan du vælge at opsiges forsikringen pr. ændringsdatoen, eller du kan lade den udgå. Når du betaler forsikringen for en ny periode, accepterer du samtidig ændringerne eller forringelserne.
- 22.1.6 Vi foretager løbende en risikovurdering af vores kunder. Vi vurderer på tværs af dine forsikringer. Det betyder, at prisen for den enkelte forsikring kan afhænge af skadeforløbet på alle dine forsikringer – herunder også dine tilvalgsdækninger.
-

23 Generelle undtagelser

23.1 Generelle undtagelser

- 23.1.1 Forsikringen dækker ikke skader, som følge af:
- Krig eller krigslignende tilstande, NBCR-terrorskader (terrorhandlinger, hvor der anvendes nukleare, biologiske, kemiske eller radioaktive våben), borgerkrig, neutralitetskrænkelser.
Forsikringen dækker dog i indtil 1 måned fra konflikten udbrud, hvis forhold af den nævnte karakter indtræffer i et land, hvori forsikrede opholder sig på rejse uden for Danmark.
Vi forudsætter, at forsikrede ikke rejser ind i et land, der befinder sig i en af de ovennævnte situationer, og at forsikrede ikke selv deltager i handlingerne.
 - Jordskælv eller andre naturforstyrrelser i Danmark.
 - Udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter.
 - Skader ved kernereaktioner anvendt til sædvanligt industrielt medicinsk eller videnskabeligt formål er dog dækket, når anvendelsen har fulgt gældende forskrifter, og ikke har stået i forbindelse med reaktor- eller acceleratordrift.
 - Epidemi
Det er Statens Serum Institut eller lignende offentlig dansk myndighed, der vurderer, om der er tale om en epidemi.
-

24 Kommunikation

24.1 Sprog

- 24.1.1 Kommunikation fra os foregår på dansk.

24.2 Kommunikation og Mit Alka

- 24.2.1 Vi kommunikerer digitalt med dig som kunde via "Mit Alka" på www.alka.dk.
- 24.2.2 Hvis du er fritaget for Digital Post fra det offentlige og også ønsker at modtage din post fra os i din postkasse, skal vi have besked om det.
- 24.2.3 Når du har en forsikring hos os, har du adgang til "Mit Alka", som du finder på www.alka.dk/mitalka ("Mit Alka"). Det er din personlige side, hvor du kan finde oplysninger om dine forsikringer, fx forsikringsoversigter, dokumenter, opkrævninger, fordele, skader.
- 24.2.4 Når vi kommunikerer digitalt med dig, sender vi dokumenter vedrørende din forsikringsaftale, herunder opkrævninger, varslingsbreve, eventuelle opsigelsesbreve, til dig på "Mit Alka".
- Øvrig kommunikation mellem dig og os, fx besvarelse af spørgsmål til din forsikringsaftale, en anmeldt skade, tilfredshedsundersøgelser, kan ske via anden digital kommunikation fx mail, chat eller sms.
- Vi sender besked til dig via mail og/eller på sms, når vi sender ny post og nye dokumenter til dig på "Mit Alka". Det er derfor vigtigt, at vi har de rigtige kontaktoplysninger på dig.
- 24.2.5 Du skal åbne og læse de meddelelser, vi sender til dig på "Mit Alka" på samme måde som almindelig post i din postkasse. Når du får dokumenter og breve på "Mit Alka", anses de for at være kommet frem til dig, når de er på "Mit Alka".
- 24.2.6 Du skal straks opdatere dine kontaktoplysninger på "Mit Alka", hvis din mailadresse og/eller telefonnummer ændrer sig. Alternativt kan vi hjælpe dig, hvis du kontakter os på 70 12 14 16.
-

25 Hvis du ønsker at klage

25.1 Klagemuligheder

- 25.1.1 Hvis du ikke er enig med os om forsikringsaftalen, eller en afgørelse vi har truffet, skal du kontakte den afdeling, som har behandlet din sag.

Hvis henvendelsen ikke fører til et tilfredsstillende resultat, kan du klage til den klageansvarlige.

25.2 Fællesnævnet (Gælder kun for forbundsmedlemmer)

- 25.2.1 Hvis du er forbundsmedlem og er uenig i afgørelsen, har dit forbund og Alka oprettet et fællesnævn, der kan afgøre uenigheder mellem dig og os. Fællesnævnet består af en uvildig repræsentant fra forbundet og en repræsentant fra Alka.

En henvendelse til Fællesnævnet er gratis og udelukker ikke, at du kan klage til Ankenævnet.

25.3 Ankenævnet for Forsikring

- 25.3.1 Hvis du fortsat ikke er tilfreds, kan du klage til:

Ankenævnet for Forsikring
www.ankeforsikring.dk

Når du klager til Ankenævnet, betaler du et gebyr. Gebyret bliver tilbagebetalt, hvis du får helt eller delvist medhold i klagen.

25.4 Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

- 25.4.1 Hvis du ikke er enig i vurderingen af egnetheden eller méngradens størrelse, kan du klage til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.