



Dansk Metal

Fritidsulykkesforsikring

(med hjemtransportforsikring)

Forsikringsvilkår

Gældende fra 1. januar 2025

Indhold

Forsikringsaftale og personoplysninger	3
Fritidsulykkesforsikring	3
1. Hvor dækker forsikringen?.....	3
2. Hvornår dækker forsikringen?	3
3. Hvilke ulykkestilfælde dækker forsikringen?	4
4. Forsikringen dækker ikke	4
5. Invaliditet ved ulykke	6
6. Behandling/genoptræning ved ulykke	7
7. Tand- og tyggeskade	8
8. Død ved ulykke	9
Fællesbestemmelser	9
9. Når skaden er sket	9
10. Genoptagelse af varigt mén	10
11. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring	10
12. Forsikringens betaling	10
13. Forsikringens varighed og opsigelse	10
14. Generelle undtagelser	11
15. Hvis du ønsker at klage.....	11
Hjemtransportforsikring	12
1. Personer omfattet af hjemtransportforsikring	12
2. Rejser, der er dækket	12
3. Geografisk dækningsområde	12
4. Forsikringen dækker:.....	12
5. Forsikringen dækker ikke	13
6. Kroniske og/eller eksisterende lidelser.....	13
7. Dokumentation af krav	14
8. Sygeledsagelse	14
9. Dobbeltforsikring	14
10. Hjælp ved skade.....	14

Forsikringsaftale og personoplysninger

Forsikringsaftalen

Forsikringsvilkårene gælder for Dansk Metal fritidsulykkesforsikring, som er etableret i Alka Forsikring.

Forsikringen er oprettet som en gruppeforsikring via en gruppeaftale mellem Dansk Metal (forbundet) og Alka.

Gruppeaftalen indeholder de overordnede bestemmelser om fx forsikringssummer og vilkår for ind- og udtræden. Forbundet og Alka kan med fuld gyldighed over for de medlemmer, der optages i forsikringen, træffe aftale om alle spørgsmål vedrørende forsikringen.

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

Ordforklaring

I disse forsikringsvilkår har nedenstående ord følgende betydning:

Med "Forsikringen" mener vi fritidsulykkesforsikringen, der er aftalt mellem forbundet og os.

Når der står "du", "dig" eller "din", betyder det dig som medlem af forbundet, der er omfattet af forsikringen og med "vi" eller "os", betyder det Alka som forsikringsselskab.

Personoplysninger og samtykke

Det er en betingelse, at du ved optagelsen giver samtykke til, at forbundet og vi udveksler, registrerer og behandler dine oplysninger til at administrerer forsikringen. Det drejer sig typisk om dit CPR-nr., navn og adresse samt dit medlemskab af forbundet. Alka passer godt på dine persondata. Du kan læse mere om det i Alkas "Privatlivspolitik" på alka.dk/privatlivspolitik.

Informationer

Hvis du ikke ønsker at modtage nyheder om tilbud, fordele m.v., skal du give os besked.

Fritidsulykkesforsikring

1. Hvor dækker forsikringen?

1.1 Hele verden

1.1.1 Forsikringen dækker dig i hele verden.

2. Hvornår dækker forsikringen?

2.1 Fritidsulykkesforsikring

2.1.1 Forsikringen dækker dig i fritiden.

2.1.2 Hvis du er ledig, dækker forsikringen dig hele døgnet.

2.1.3 Forsikringen dækker dog ikke, hvis en skade:

- Er omfattet af lov om arbejdsskadeforsikring, lov om værnepligt eller anden lov, der kan sidestilles med dem.
- Sker under arbejde som selvstændig erhvervsdrivende.

3. Hvilke ulykkestilfælde dækker forsikringen?

3.1 Personskader som følge af

- 3.1.1 Ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
- 3.1.2 Psykiske lidelser, der opstår på grund af ulykkestilfælde, hvor du selv har været direkte udsat for livsfare eller fare for alvorlig fysisk personskade.
- 3.1.3 Ulykkestilfælde, der skyldes besvimelse eller ildebefindende, hvor årsagen ikke er sygdom.
- 3.1.4 Drukning, kulilteforgiftning, insektstik, insektbid, forfrysning, solstik eller hedeslag.
- 3.1.5 Meningitis. Det er en forudsætning, at sygdommen første gang er konstateret i forsikringstiden.
- 3.1.6 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.

3.2 Årsagssammenhæng

- 3.2.1 For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden.
- 3.2.2 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 du måtte have, og
 - hvor lang tid der går, fra hændelsen sker, til du mærker de første symptomer.

4. Forsikringen dækker ikke

Forsikringen dækker ikke:

4.1 Sygdom og forudbestående lidelse

- 4.1.1 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.
- 4.1.2 Følger efter sygdom, fx efter blodprop.
- 4.1.3 Ulykkestilfælde, der skyldes sygdom.
- 4.1.4 Forværring af et varigt mén, der skyldes en forudbestående sygdom eller lidelse. Det gælder også, selvom du ikke har kendt til eller mærket noget til sygdommen/lidelsen før ulykkestilfældet.
- 4.1.5 Sygdom, der opstår på grund af smitte med vira (virus), bakterier og andre mikroorganismer eller lignende.
- 4.1.6 Hvis du har modtaget erstatning for gener efter en tidligere personskade, jf. punkt 3, 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.

4.2 Dagligdags bevægelser, nedslidning og overbelastning

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

4.2.2 Skade som følge af nedslidning eller overbelastning.

4.3 Følger efter lægebehandling eller anden behandling

4.3.1 Følger efter enhver form for behandling, fx:

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

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

4.4 Forgiftning

4.4.1 Forgiftning fra mad, drikke, nydelsesmidler og medicin.

4.5 Psykiske lidelser

4.5.1 Psykiske lidelser, der opstår på grund af:

- Ulykkestilfælde, hvor du 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 dit liv eller trussel om alvorlig personskade på dig.
- Deltagelse i strafbare handlinger, ved anholdelse eller tilbageholdelse, ved ophold i detention, fængsel eller andet, der kan sidestilles hermed.

4.6 Grov uagtsomhed, forsæt, alkohol og slagsmål

4.6.1 Ulykkestilfælde, du 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 din sindstilstand eller tilregnelighed var ved fremkaldelsen af ulykkestilfældet.

4.6.2 Ved dødsfald, opstået som følge af undtagelserne i punkt 4.6.1, kan forsikringssummen dog udbetales, hvis du har været omfattet af forsikringen i mindst et år.

Vi udbetaler kun forsikringssummen, hvis du efterlader en eller flere af nedenstående personer. Uanset om du 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) Du og din samlever har fælles bopæl og venter, har eller har haft barn sammen.
 - b) Du og din samlever har levet sammen i et ægteskabslignende forhold på en fælles bopæl i de sidste to år før dødsfaldet.
3. Umyndige børn.

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

4.7 Dødsfald af naturlig eller ukendt årsag

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

4.8 Advokatbistand og anden rådgivning

4.8.1 Advokatbistand og anden rådgivning.

5. Invaliditet ved ulykke

5.1 Forsikringen dækker

5.1.1 Forsikringen giver ret til erstatning i tilfælde af varigt mén på 5 % eller derover, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 3. 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.

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

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

5.2 Forsikringen dækker ikke

Undtagelserne i punkt 4 gælder også for "Invaliditet ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

5.3 Udbetaling af ménerstatning

5.3.1 Erstatningen udbetales som et engangsbeløb. Ved varigt mén udgør erstatningen den fastsatte méngrad af forsikringssummen på tidspunktet for ulykkestilfældet.

5.3.2 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.

5.3.3 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.

5.3.4 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 dit erhverv, indtægt, sociale situation eller andre individuelle forhold.

5.3.5 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.

5.3.6 Vi udbetaler erstatningen til dig

6. Behandling/genoptræning ved ulykke

6.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker behandlingsudgifter, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 3, og dækker rimelige og nødvendige udgifter til:

6.1.1 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 din helbredsmæssige tilstand er varig, eller méngraden er fastsat – dog maksimalt i 12 måneder fra ulykkestilfældet.

6.1.2 Behandling hos psykolog eller speciallæge i psykiatri.

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

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

6.1.3 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.

6.2 Forsikringen dækker ikke

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

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

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

6.2.4 Undtagelserne i punkt 4 gælder også for "Behandling/genoptræning ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

7. Tand- og tyggeskade

7.1 Forsikringen dækker

Forsikringen dækker udgifter til tand- og tyggeskader, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 3 og dækker rimelige og nødvendige udgifter til:

7.1.1 Behandling af tænder.

7.1.2 Behandling af tyggeskader, når skaden sker ved spisning.

7.1.3 Udbedring af skade på protese, når den bliver beskadiget, mens den sidder i munden.

7.2 Behandling

7.2.1 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.

7.2.2 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.

7.2.3 Vi skal godkende behandlingen, inden den går i gang, og vi har ret til at anvise en behandler. Det gælder dog ikke akutte nødbehandlinger.

7.2.4 Forsikringen dækker udgifter til tandbehandling, der foretages i op til 5 år efter ulykkestilfældet.

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

7.3 Nedsættelse af erstatning

7.3.1 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.

7.3.2 Hvis en beskadiget tand er et led i en bro, eller nabotænderne mangler eller er forringede, jævnfør punkt 7.3.1, kan dækningen af udgifter ikke overstige, hvad der svarer til nødvendig behandling af en sund tand.

7.4 Forsikringen dækker ikke

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

7.4.2 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.

7.4.3 Følgeudgifter efter et ulykkestilfælde, fx udgifter til:

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

7.4.4 Undtagelserne i punkt 4 gælder også for "Tand- og tyggeskade". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

8. Død ved ulykke

8.1 Forsikringen dækker

8.1.1 Vi udbetaler forsikringssummen ved dødsfald, som følge af et ulykkestilfælde jf. punkt 3, når dødsfaldet sker inden for et år efter ulykkestilfældet.

8.2 Forsikringen dækker ikke

8.2.1 Undtagelserne i punkt 4 gælder også for "Død ved ulykke". De er derfor ikke dækket af forsikringen.

8.3 Udbetaling

8.3.1 Vi udbetaler forsikringssummen, der var gældende på tidspunktet for ulykkestilfældet.

8.3.2 Vi udbetaler forsikringssummen til dine nærmeste pårørende i henhold til reglerne i Lov om forsikringsaftaler § 105 a, medmindre du skriftligt har oplyst os om andet – se dog punkt 4.6.

8.3.3 Hvis du ikke efterlader en nærmeste pårørende jævnfør punkt 8.3.2, eller skriftligt har meddelt os om en særlig begunstiget person, udbetaler vi ingen erstatning ved dødsfald.

8.4 Modregning

Hvis du 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.

Fællesbestemmelser

9. Når skaden er sket

9.1 Hvad skal du gøre?

9.1.1 Du skal anmelde en skade til os hurtigst muligt. Skaden skal anmeldes via alka.dk.

9.1.2 Når der er sket en skade, skal du så vidt muligt afværge eller begrænse den.

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

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

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

9.1.6 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.

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

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

9.1.9 Når du anmelder skaden, gælder de almindelige bestemmelser og love om forældelse.

10. Genoptagelse af varigt mén

10.1 Hvordan genoptages en sag?

10.1.1 Når sagen er afsluttet, skal du kontakte os, hvis du ønsker, at sagen genoptages.

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

10.1.2 Hvis vi skal genoptage sagen, kræver det, at der er dokumentation for din forværring. Det kan være fra egen læge, sygehus eller specialister.

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

11. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

11.1 Fastsættelse af méngrad

11.1.1 Vi fastsætter méngraden.

11.1.2 Er der uenighed om méngrad eller egnethed, kan både du og vi forlange, at Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter méngraden.

11.1.3 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.

12. Forsikringens betaling

12.1 Opkrævning sammen med dit kontingent

12.1.1 Betaling for forsikringen opkræves sammen med dit medlemskontingent til forbundet, som afregner din betaling til os.

13. Forsikringens varighed og opsigelse

13.1 Start

13.1.1 Forsikringen starter fra det tidspunkt, hvor du bliver medlem af forbundet, medmindre du har fravalgt forsikringen.

13.2 Ophør

13.2.1 Forsikringen ophører automatisk fra det tidspunkt, hvor dit medlemskab af forbundet ophører, eller hvis du, forbundet eller vi opsiger forsikringen.

13.3 Opsigelse

13.3.1 Du kan opsiges forsikringen med 1 måneds varsel til udløbet af en kalendermåned. Det skal du meddele skriftligt til forbundet.

13.3.2 Vi kan med 1 måneds varsel til udløbet af en kalendermåned opsige forsikringen overfor dig.

14. Generelle undtagelser

14.1 Generelle undtagelser

14.1.1 Forsikringen dækker ikke skader, som følge af:

- Udløsning af atomenergi
- Kerneeksplosion
- Radioaktiv stråling
- Krig
- Krigslignende tilstande
- Borgerkrig

14.1.2 Forsikringen dækker dog ulykkestilfælde som følge af pludselig opstået krig, krigslignende tilstande eller borgerkrig i det land, hvor du opholder dig i indtil 30 dage fra konfliktens udbrud.

Det er en forudsætning for dækning, at du ikke rejser til et land, der befinder sig i en sådan situation, og at du ikke selv deltager i handlingerne.

15. Hvis du ønsker at klage

15.1 Klagemuligheder

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

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

15.2 Fællesnævnet

15.2.1 Hvis du er uenig i afgørelsen, har og vi oprettet et fællesnævn, der kan afgøre uenigheder mellem dig og os. Fællesnævnet består af en uvildig repræsentant fra forbundet og en repræsentant fra os.

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

15.3 Ankenævnet for Forsikring

15.3.1 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.

15.4 Arbejdsmarkedets Erhvervssikring

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

Hjemtransportforsikring

1. Personer omfattet af hjemtransportforsikring

1.1 Hvem er omfattet?

Udover dig omfatter hjemtransportforsikringen nedenstående personer, som i det efterfølgende kaldes medforsikrede.

1.1.1 Din husstand

Ved din husstand forstås personer, du er gift med, eller som du lever i fast parforhold med samt børn og adoptivbørn. Det er en forudsætning, at de nævnte personer er tilmeldt samme helårsadresse på Folkeregisteret som dig.

1.1.2 Udeboende delebørn

Udeboende delebørn af et medlem af din husstand, hvis barnet er under 21 år og rejser sammen med et medlem af din husstand.

2. Rejser, der er dækket

2.1 Ferie og studierejser

2.1.1 Ferie og studierejser i op til 31 dage. Ved studierejser forstås rejser, hvor du eller medforsikrede ikke er tilmeldt en uddannelsesinstitution i udlandet.

3. Geografisk dækningsområde

3.1 Omfattede lande

3.1.1 Andorra, Azorerne, Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Finland, Frankrig, Færøerne, Gibraltar, Grækenland, Grønland, Isle of Man, Irland, Island, Italien, Kanariske Øer, Kanaløerne (Jersey, Guernsey m.m.), Kroatien, Letland, Liechtenstein, Litauen, Luxembourg, Madeira, Malta, Monaco, Nederlandene/Holland, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, San Marino, Schweiz, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn, Vatikanstaten, Østrig.

4. Forsikringen dækker:

4.1 Hjemtransport ved sygdom eller tilskadekomst

4.1.1 Rimelige og nødvendige udgifter til hjemtransport til bopælslandet i tilfælde af akut sygdom eller tilskadekomst, som medfører, at:

- den planlagte rejserute ikke kan gennemføres af lægelige årsager, eller
- det planlagte rejseforløb er overskredet af lægelige årsager.

4.2 Ved dødsfald

4.2.1 Rimelige og nødvendige udgifter til hjemtransport til bopælslandet i tilfælde af dødsfald. Forsikringen dækker desuden lovbestemte foranstaltninger som for eksempel balsamering og zinkkiste.

4.2.2 Hvis de pårørende ønsker det, dækkes udgifter til kremering og begravelse på stedet. Erstatningen kan maksimalt udgøre et beløb svarende til, hvad en hjemtransport af afdøde ville koste.

4.2.3 Alka kan kræve, at afdøde hjemtransporteres bl.a. med henblik på obduktion.

4.3 Ophold og fortæring

4.3.1 Rimelige og nødvendige udgifter i udlandet til ophold og fortæring fra det tidspunkt behandlingen afsluttes og indtil:

- du/den medforsikrede kan fortsætte sin rejse, eller
- du/medforsikrede transporteres hjem.

Dækning af ophold og fortæring kræver godkendelse fra Falck Global Assistance.

Hjemtransport kan ske med almindeligt transportmiddel, ambulance eller ambulancefly.

4.4 Falck Global Assistance

4.4.1 Udgifter til kontakt til Falck Global Assistance.

5. Forsikringen dækker ikke

5.1 Forsikringen dækker ikke

5.1.1 Hvis du/medforsikrede befinder dig/sig i bopælslandet.

5.1.2 Hjemtransport på grund af kroniske lidelser eller i forhold til eksisterende lidelser, der indenfor de 2 sidste måneder inden afrejsen har medført hospitalsindlæggelse, vurdering eller behandling hos læge, eller ændret medicinering.

5.1.3 Hjemtransport i forbindelse med kroniske eller eksisterende sygdomme, hvor du/medforsikrede ikke har søgt læge, hvis det har været nødvendigt, eller har afslået eller opgivet behandling for sygdommen, selv om du/medforsikrede formodes at burde vide, at sygdommen eller lidelsen krævede behandling eller var væsentligt forværret.

5.1.4 Hjemtransport arrangeret af dig/medforsikrede selv, som Falck Global Assistance ikke ville have haft udgifter til, hvis Falck Global Assistance selv havde formidlet transporten.

5.1.5 Udgifter til ambulanceflytransport i tilfælde, hvor transport kan finde sted på en anden lægelig forsvarlig måde efter Falck Global Assistances læges vurdering.

5.1.6 Hjemtransport som følge af din/medforsikredes frygt for smittefare.

6. Kroniske og/eller eksisterende lidelser

6.1 Forhåndstilsagn

6.1.1 Ved kroniske eller eksisterende lidelser hos dig/medforsikrede er det vigtigt, hvis lidelsen har krævet behandling indenfor de sidste 2 måneder, at søge forhåndstilsagn om dækning for udgifter til læge- og hospitalsbehandling på den offentlige rejsesygesikring. Forhåndstilsagn søges hos Falck Global Assistance før rejsen.

Se også www.alka.dk/rejsehelbred

7. Dokumentation af krav

7.1 Dokumenter

Til brug for behandling af skaden skal sendes original dokumentation for rejsen, det vil sige:

- 7.1.1 Rejsebevis eller flybilletter
 - 7.1.2 Kopi af journal fra læge eller hospital
 - 7.1.3 Original dokumentation for ekstraudgifter
-

8. Sygeledsagelse

8.1 Hjemtransport af sygeledsagere

- 8.1.1 Der erstattes rimelige udgifter til hjemtransport af dig og alle medforsikrede, der deltager på rejsen under samme deltagerbevis sammen med den syge, tilskadekomne eller afdøde.
-

9. Dobbeltforsikring

9.1 Hvis anden forsikring

- 9.1.1 Forsikringen omfatter ikke erstatningskrav, der er dækket af anden forsikring.
 - 9.1.2 Du/medforsikrede skal derfor oplyse, om der er forsikring i andet selskab.
-

10. Hjælp ved skade

10.1 Kontakt til Falck Global Assistance

- 10.1.1 Hvis der er brug for øjeblikkelig hjælp, kan du/medforsikrede, uanset ugedag og tidspunkt, kontakte Falck Global Assistance på:
 - Telefonnummer + 45 70 27 14 33
 - Telefaxnummer + 45 70 27 14 22
 - E-mail: rejsealarm@alka.dk
 - 10.1.2 Ved hospitalsundersøgelser og indlæggelser er det vigtigt, at du/medforsikrede hurtigst muligt kontakter Falck Global Assistance på telefon +45 70 27 14 33.
 - 10.1.3 Undlad at skrive under på erklæringer, formularer m.v. før der har været kontakt til Falck Global Assistance.
-