

UDKAST

Bekendtgørelse om forsikringssekskabernes og Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikrings adgang til at behandle krav om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler m.v. efter lov om arbejdsskadesikring

Efter § 15, stk. 6, i lov nr. 422 af 10. juni 2003 om arbejdsskadesikring, som ændret ved lov nr. 397 af 1 juni 2005, fastsættes:

§ 1. Forsikringssekskaberne og Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikring behandler krav om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler m.v. i anledning af anmeldte arbejdsulykker og erhvervs sygdomme og betaler sådanne udgifter i det omfang kravet kan imødekommes, jf. § 15 i lov om arbejdsskadesikring. Dette gælder udgifter, der afholdes under sagens behandling og fremtidige udgifter.

Stk. 2. Forsikringssekskabet og Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikring kan med tilskadekomnes samtykke indhente lægelige og andre oplysninger vedrørende tilskadekomne til brug for sagens behandling.

Stk. 3. Ved forsikringssekskab forstås i denne bekendtgørelse:

- 1) et forsikringssekskab, der tegner arbejdsulykkesforsikring efter lov om arbejdsskadesikring,
- 2) en selvforsikrende kommune eller statsmyndighed, jf. lovens § 48, stk. 5, eller
- 3) en arbejdsgiver, der har opnået fritagelse for at tegne forsikring, jf. lovens § 88.

§ 2. Tilskadekomne skal have skriftligt meddelelse om resultatet af forsikringssekskabets eller Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikrings vurdering af krav efter § 1, stk. 1.

Stk. 2. Tilskadekomne skal rette eventuelle indsigelser mod tilbudet om betaling til forsikringssekskabet eller Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikring, som inden 4 uger meddeler den tilskadekomne, om indsigelserne kan imødekommes. Det skal fremgå af meddelelsen, at sagen kan forelægges Arbejds skadestyrelsen til afgørelse, hvis tilskadekomne ønsker det. Den tilskadekomne skal underrettes, når sagen oversendes til Arbejds skadestyrelsen.

Stk. 3. Stk. 1 og 2 gælder tilsvarende, når tilskadekomne anmoder om genoptagelse efter lovens § 42.

§ 3. Forsikringssekskaberne skal indhente lægeerklæring I, inden sagen oversendes til Arbejds skadestyrelsen.

Stk. 2. Stk. 1 gælder ikke, når:

- a) det af det foreliggende grundlag klart fremgår, at der ikke bliver tale om behandlingsudgifter eller anden erstatning
- b) forsikringssekskabet i forbindelse med sin sagsbehandling har indhentet lægelige oplysninger, der kan erstatte lægeerklæring I
- c) når erstatning afslås, fordi den pågældende ikke er sikret efter loven eller
- d) når sagen allerede er oversendt til Arbejds skadestyrelsen med henblik på afgørelse om andre spørgsmål efter loven.

§ 4. Denne bekendtgørelse træder i kraft den xxxx 2005.