

Vilkår - Erhverv - Heltid Sundhedsforsikring

Dækninger

Sundhedsforsikring Heltid

1. Aftalegrundlag

Forsikringsaftalen er tegnet gennem Dansk Sundhedssikring A/S, CVR.nr. 34 73 93 07, som agent for AXA France Vie, Paris Trade and Companies Register no 310 499 959.

Forsikringsaftalen med AXA France Vie udgøres af forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne knyttet til forsikringsaftalen. For forsikringen gælder desuden dansk lovgivning, herunder Lov om finansiel virksomhed og Lov om forsikringsaftaler.

Forsikringsaftalen, indgået via Dansk Sundhedssikring som agent, gælder mellem AXA France Vie og den virksomhed, forening, organisation eller person, der står som forsikringstager i policen. Forsikringstageren skal informere sine forsikrede medarbejdere/medlemmer/medforsikret familie om hvad forsikringen dækker, det fremgår af forsikringsaftalen med eventuelle tillæg.

Betegnelsen "forsikrede" dækker i vilkårene de personer, som er omfattet af forsikringen.

2. Hvem forsikringen omfatter og hvor den dækker

De forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (eksklusive Grønland og Færøerne), Sverige, Norge eller Tyskland og være omfattet af Danmarks offentlige sygesikringsordning, samt have et dansk sundhedskort.

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark samt i Sverige, Norge eller Tyskland efter aftale med Dansk Sundhedssikring.

Forsikringen kan tegnes af virksomheder i Danmark, til deres medarbejdere eller grupper af medarbejdere som en obligatorisk ordning eller en frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne. Det forudsættes at virksomheden er registreret i CVR registeret.

Medarbejdere, som er i helbredsbetingset fleks- eller skånejob er også dækket, men ikke med hensyn til de lidelser, der er årsag til at medarbejderen er i helbredsbetingset fleks- eller skånejob.

Medarbejdernes ægtefælle/samlever og egne børn/husstandens børn, som er fyldt 1 år og under 21 år, samt børn i alderen 21-27 år, kan også blive omfattet af forsikringen gennem tilmelding af familien.

De forsikrede voksne modtager information fra Dansk Sundhedssikring om forsikringen og om hvordan den bruges. Ved ændringer i forsikringen får de forsikrede besked fra forsikringstager eller Dansk Sundhedssikring.

3. Brug af forsikringen

Al behandling skal altid godkendes af Dansk Sundhedssikring inden behandlingen påbegyndes. Hvis du får en sygdom eller kommer til skade, skal du kontakte egen læge. Du skal altid have en

henvisning fra egen læge, med mindre der står andet i vilkårene, før behandlingen er dækket af forsikringen.

Akutbehandling og subakut behandling, der kræver hurtig assistance (f.eks. vagtlæge, skadestue, ambulance eller lignende) og som kræver behandling med det samme (f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, blodprop, iskæmisk hjertesygdom mv.) er ikke omfattet af forsikringen. Har du brug for akutbehandling, skal du kontakte egen læge eller akutberedskabet i din region. Akut psykologisk krisehjælp er dog dækket af forsikringen.

Dansk Sundhedssikring skal kontaktes på telefon 70 20 61 21 når du ønsker at gøre brug af forsikringen.

4. Dækninger Basis

4.1 SundhedsNavigator

Dansk Sundhedssikring tilbyder læge- og sygeplejefaglig telefonisk vejledning til alle behandlingskrævende helbredsproblemer.

Hvis forsikrede har en sygdom eller skade, der ud fra en lægelig vurdering kræver behandling, hjælper Dansk Sundhedssikring med at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger. Det omfatter navigation og tovholderfunktion gennem forløb i den private og/eller den offentlige sundhedssektor.

4.2 Behandling hos fysioterapeut

Ved henvisning fra egen læge og godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge kan der ydes fysioterapi. Det kan ske i Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk eller hos en fysioterapeut uden for dette netværk, efter forsikredes valg. For begge gælder, at der ydes det antal rimelige og nødvendige fysioterapibehandlinger, som der er lægelig begrundelse for, og at holdtræning som udgangspunkt ikke dækkes. Hvis forsikrede er medlem af Sygeforsikringen Danmark, afregner Dansk Sundhedssikring eventuelt tilskud til behandlingen direkte med Sygeforsikringen Danmark.

Ved behandling hos en fysioterapeut uden for Dansk Sundhedssikrings netværk gælder, at der refunderes egenbetaling svarende til taksten i den offentlige sygesikring efter det offentlige tilskud til behandlingen, at efter 5 behandlinger skal fysioterapeuten kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge, at der dækkes godkendt behandling i op til 7 måneder pr. sygdomsregion fra anmeldelsestidspunktet.

Ved behandling hos en fysioterapeut i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ikke udlæg for egenbetaling og ikke krav om kontakt til Dansk Sundhedssikring efter 5 behandlinger, ligesom der ikke er en grænse på 7 måneders behandling pr. sygdomsregion.

4.3 Behandling hos kiropraktor

Ved godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge kan der ydes kiropraktik. Det kan ske i Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk eller hos en kiropraktor uden for dette netværk, efter forsikredes valg. For begge gælder, at der ydes det antal rimelige og nødvendige kiropraktikbehandlinger, som der er lægelig begrundelse for. Hvis forsikrede er medlem af Sygeforsikringen Danmark, afregner Dansk Sundhedssikring eventuelt tilskud til behandlingen direkte med Sygeforsikringen Danmark.

Ved behandling hos en kiropraktor uden for Dansk Sundhedssikrings netværk gælder, at der refunderes egenbetaling svarende til taksten i den offentlige sygesikring efter det offentlige tilskud til behandlingen, at efter 3-5 behandlinger skal kiropraktoren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge, at der dækkes godkendt behandling i op til 7 måneder pr. sygdomsregion fra anmeldelsestidspunktet.

Ved behandling hos en kiropraktor i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ikke udlæg for egenbetaling og ikke krav om kontakt til Dansk Sundhedssikring efter 3-5 behandlinger, ligesom der ikke er en grænse på 7 måneders behandling pr. sygdomsregion.

4.4 Behandling hos psykolog

Ved henvisning fra egen læge og/eller godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge kan der ydes behandling hos psykolog. Det kan ske i Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk eller hos en psykolog uden for dette netværk, efter forsikredes valg. For begge gælder, at der ydes det antal rimelige og nødvendige psykologbehandlinger, som der er lægelig begrundelse for. Hvis forsikrede er medlem af Sygeforsikringen Danmark, afregner Dansk Sundhedssikring eventuelt tilskud til behandlingen direkte med Sygeforsikringen Danmark. Er der stillet en diagnose på psykisk sygdom, der hører under de offentlige pakkeforløb, er den ikke omfattet af denne forsikring.

Ved behandling hos en psykolog uden for Dansk Sundhedssikrings netværk gælder, at der maksimalt kan godtgøres 957 kr. pr. behandling (2014 tal), at efter 3-5 behandlinger skal psykologen kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge, at der dækkes godkendt behandling i op til 6 måneder pr. skade fra anmeldelsestidspunktet og at der maksimalt kan tildeles 5 behandlinger af børn pr. kalenderår.

Med henvisning fra egen læge og godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge, kan der fra starten gives 12 behandlinger uden yderligere godkendelse, såfremt Dansk Sundhedssikring alene skal dække egenbetalingen efter overenskomsten med den offentlige sygesikring efter tilskud herfra.

Ved behandling hos en psykolog i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ingen egenbetaling og ikke krav om kontakt til Dansk Sundhedssikring efter 3-5 behandlinger, der er ikke en grænse på 6 måneders behandling pr. skade ligesom der ikke er en forhåndsdefineret grænse for antal behandlinger til børn.

4.5 Akut krisehjælp

Forsikringen dækker psykologisk krisehjælp med op til 5 timer i tilfælde af at forsikrede har fået en akut psykisk krise på grund af røveri, overfald, pludselig hændelse med alvorlig fysisk skade eller med fare for alvorlig fysisk skade, samt ved akut psykisk krise på grund af dødsfald hos nærtstående familiemedlem, ved brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller hvis forsikrede diagnosticeres med en livstruende sygdom.

Anmeldelse skal ske inden for 48 timer efter krisens årsag har fundet sted, ellers vil Dansk Sundhedssikring henvise til almindelig behandling hos psykolog. Der vil være adgang til krisepsykolog inden for 3 timer. Akut psykologbehandling i udlandet er ikke dækket.

4.6 Psykiater

Forsikringen dækker konsultationer hos psykiater, hvis egen læge og Dansk Sundhedssikrings læge har henvist til behandling. Samtidig kræves det (efter almindelig speciallægelig vurdering), at det er muligt at kurere skaden ved at behandle og at der er væsentlig og varig bedring som følge af behandlingen. Når der er stillet en diagnose på en psykisk sygdom, der hører under de pakkeforløb/behandlingsforløb, der tilbydes i det offentlige, så skal de benyttes og behandlingen

heraf er derfor ikke omfattet af dækning. Dansk Sundhedssikring hjælper med at benytte disse forløb hensigtsmæssigt.

Behandlingsgarantien på 10 arbejdsdage gælder ikke ved behandling af psykiske sygdomme hos speciallæge i psykiatri.

I forbindelse med psykiatriske diagnoser dækker forsikringen maksimalt udgifter på op til i alt 100.000 kroner for den samlede forsikringstid, som forsikrede har i Dansk Sundhedssikring.

4.7 Hurtig undersøgelse

Hvis Dansk Sundhedssikrings læge og egen læge vurderer, at forsikrede skal gennemgå en speciallægeundersøgelse, herunder eventuel billeddiagnostisk undersøgelse, vil den finde sted uden udgifter til undersøgelserne for forsikrede. Undersøgelsen iværksættes indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikrings valg og efter Dansk Sundhedssikring har modtaget henvisning fra egen læge og kopi af eventuelt nødvendige journaloplysninger fra egen læge.

4.8 Hospitalsbehandling

Hvis Dansk Sundhedssikrings læge og speciallægen vurderer, at forsikrede skal gennemgå hospitalsbehandling med baggrund i den stillede diagnose, vil behandlingen blive iværksat indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg og efter diagnosen er stillet og både Dansk Sundhedssikring og behandlingsstedet har modtaget henvisning, diagnoseresultat og journaloplysninger.

Ved sygdomme og lidelser inden for cancer og hjerte/kar, der indgår i det offentlige sundhedsvæsens pakkeforløb, skal dette tilbud anvendes, da det betragtes som akut behandling. Dansk Sundhedssikring vil her hjælpe med at navigere og være tovholder gennem behandlingsforløbet.

Ved re-operation kan Dansk Sundhedssikrings læge beslutte hvor denne skal foretages.

4.9 Medicinsk efterbehandling og kontrol

Forsikringen dækker kontrol efter dækningsberettiget hospitalsbehandling og medicinsk efterbehandling i op til 6 måneder for så vidt angår egenbetaling af lægeordineret receptpligtig medicin i tilknytning til en dækningsberettiget hospitalsoperation.

4.10 Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp og hjælpemidler

Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp iværksættes af Dansk Sundhedssikring inden for 10 arbejdsdage, i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg. Dækningen gælder i op til 6 måneder efter den dækningsberettigede behandling/operation er afsluttet og dækker med indtil 50.000 kr. pr. skade rimelige og nødvendige omkostninger til:

- Genoptræning efter operation og hjemmesygeplejerske, der er ordineret af behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.
- Hjemmeservice, såfremt det anses at være en nødvendig del af det samlede behandlingsforløb for den arbejdsrelaterede skade.
- Midlertidige hjælpemidler, som den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge vurderer er rimelige og nødvendige for at den forsikrede kan komme sig efter en dækningsberettiget operation og som ikke modtages via de offentlige tilbud om hjælpemidler.

4.11 Misbrugsafvænnning

Dansk Sundhedssikring hjælper med at benytte de offentlige tilbud på misbrugsafvænnning, herunder behandlingsgarantien for alkoholmisbrug på 2 uger. Det offentlige tilbyder også

behandling af øvrige misbrugsformer. Dansk Sundhedssikring udbetaler ingen erstatning under denne dækning.

4.12 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter hvis forsikrede ikke kan transportere sig selv, heller ikke som passager i bil, til og fra speciallægeklinik/hospital på grund af sygdom og transporten ikke dækkes fra anden side. Forsikringen dækker endvidere ved en samlet transportafstand over 150 km med statens laveste takst for kørsel i egen bil eller billigste offentlige transportform. Dækning af transportudgifter skal på forhånd være aftalt med Dansk Sundhedssikring.

Forsikrede kan få dækket transportudgifter for en social eller medicinsk ledsager hvis forsikredes helbredstilstand kræver, at der er en ledsager med. Dette vurderes af Dansk Sundhedssikring læge.

4.13 Second opinion

Forsikrede kan i visse tilfælde og efter godkendelse fra Dansk Sundhedssikring læge få en yderligere medicinsk vurdering af en speciallæge, herunder ved livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade eller hvis forsikrede står foran valget om at modtage særlig risikofyldt behandling, der kan være livstruende eller give varige mén.

5. Tilvalgsdækninger

De nedenfor beskrevne dækninger kan etableres som tilvalg til ovenstående basisdækning. De for forsikringen gældende tilvalgsdækninger fremgår af forsikringstagers police.

5.1 Tilvalg A

5.1.1 Behandling hos diætist

Diætisten skal være autoriseret klinisk diætist efter dansk lov.

Ved henvisning fra Dansk Sundhedssikring læge dækkes et forløb med udarbejdelse af en kostplan og 10 opfølgninger inden for et år. Der er ikke BMI krav for dækning, men alene en medicinsk behovsvurdering.

5.1.2 Behandling hos zoneterapeut

Ved godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge kan der ydes zoneterapi til lidelser i bevægeapparatet. Det kan ske i Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk eller hos en zoneterapeut uden for dette netværk, efter forsikredes valg. Hvis forsikrede er medlem af Sygeforsikringen Danmark, afregner Dansk Sundhedssikring eventuelt tilskud til behandlingen direkte med Sygeforsikringen Danmark.

Ved behandling hos en zoneterapeut uden for Dansk Sundhedssikrings netværk gælder, at der dækkes op til 10 behandlinger pr. kalenderår efter godkendelse hos Dansk Sundhedssikrings læge.

Ved behandling hos en zoneterapeut i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ikke forhåndsdefineret antal behandlinger pr. kalenderår.

Zoneterapeuten skal være RAB registreret.

5.1.3 Behandling hos akupunktør

Ved godkendelse fra Dansk Sundhedssikrings læge kan der ydes akupunktur til lidelser i bevægeapparatet. Det kan ske i Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk eller hos en akupunktør uden for dette netværk, efter forsikredes valg. Hvis forsikrede er medlem af Sygeforsikringen Danmark, afregner Dansk Sundhedssikring eventuelt tilskud til behandlingen direkte med Sygeforsikringen Danmark.

Ved behandling hos en akupunktør uden for Dansk Sundhedssikrings netværk gælder, at der dækkes op til 10 behandlinger pr. kalenderår efter godkendelse hos Dansk Sundhedssikrings læge.

Ved behandling hos en akupunktør i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ikke forhåndsdefineret antal behandlinger pr. kalenderår.

Akupunktøren skal være RAB registreret.

5.2 Tilvalg B

5.2.1 Behandling hos fysioterapeut uden henvisning fra egen læge

Med dette tilvalg til sundhedsforsikringen er der ikke krav om, at der foreligger en henvisning fra egen læge til behandling hos fysioterapeut. Dansk Sundhedssikring læge kan henvise direkte til behandling medmindre der foreligger indikation for at forsikrede skal ses af en læge.

Behandlingen kan gives uden tilskud fra den offentlige sygesikring og dækkes efter den offentlige sygesikringstakst før tilskud såfremt forsikrede har valgt en behandler uden for Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk. Her dækkes behandling i op til 7 måneder pr. sygdomsregion fra anmeldelsestidspunktet.

Såfremt forsikrede vælger en behandler i Dansk Sundhedssikrings netværk er der ikke udlæg for egenbetaling, ligesom der ikke er en grænse på 7 måneders behandling pr. sygdomsregion.

5.3 Tilvalg C

5.3.1 Behandling for misbrug

Dækningen omfatter afvænning, ambulant eller under indlæggelse, der er speciallægeordineret ved en skriftlig erklæring om behovet for behandlingen samt godkendelse af Dansk Sundhedssikrings læge, i forbindelse med misbrug af alkohol, receptpligtig medicin, narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer) samt spil (diagnosticeret ludomani) hos Dansk Sundhedssikrings kvalitetssikrede netværk.

Forsikringen dækker udgifter op til 100.000 kroner for alle de perioder, hvor forsikringen er i kraft for forsikrede og uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Forsikringspræmien for denne dækning er skattefri for virksomhedens medarbejdere når der foreligger en skriftlig lægeerklæring om behovet for behandlingen og at dækningen tilbydes samtlige virksomhedens medarbejdere. For denne dækning skelnes ikke mellem om det er arbejdsrelateret misbrug eller andet. Såfremt dækningen ikke tilbydes alle medarbejdere er hele forsikringspræmien for denne dækning skattepligtig for forsikrede.

Dækningen for misbrug træder først i kraft, når forsikrede har været omfattet af forsikringen i Dansk Sundhedssikring i 6 måneder. Såfremt forsikrede indtræder i Dansk Sundhedssikrings

sundhedsforsikring ved direkte overgang fra anden sundhedsforsikring, hvor forsikrede er omfattet af en privat misbrugsdækning, er der ingen karens.

Dækningen ved misbrug bortfalder helt hvis den forsikrede tidligere har været i behandling for et afhængighedsforhold, når forsikringen træder i kraft eller hvis der er tilbagefald til et afhængighedsforhold i forsikringstiden.

6. Forudsætninger for dækning

Forsikringen omfatter de ydelser, der er beskrevet i forsikringsaftalen med eventuelle tillæg og med tilhørende vilkår i forsikringsaftalens løbetid. Skader, der er anmeldt i forsikringstiden, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens udløbsdato.

Omkostninger, der ikke på forhånd er aftalt med og godkendt af Dansk Sundhedssikring, refunderes ikke.

Forsikringen dækker sygdomme og følgelidelser efter ulykke, der via behandling kan forventes kureret eller væsentligt og varigt forbedret. Det er Dansk Sundhedssikring læger, som i de konkrete tilfælde afgør om de anmeldte sygdomme eller lidelser er omfattet af forsikringen.

Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft. Behandling af kroniske lidelser dækkes i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet, såfremt den stilles i forsikringstiden. Ved kroniske sygdomme forstås sygdomme, som Dansk Sundhedssikrings læge vurderer som vedvarende og som derfor ikke kan kureres. Følgesygdomme til kroniske lidelser er dækket såfremt behandlingen fører til væsentlige og varige forbedringer i tilstanden og ellers ikke.

Forsikringen dækker alene behandling, som er godkendt og anvendes i det offentlige sundhedsvæsen og som er medicinsk begrundet. Al undersøgelse og behandling efter denne forsikring skal være lægefagligt begrundet i lægelig henvisning eller lægeligt godkendt.

Læger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre behandlere, der udfører behandling omfattet af forsikringen, skal have autorisation efter dansk ret.

Alle udgifter skal efter Dansk Sundhedssikrings skøn være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat.

7. Karensbestemmelser

I obligatoriske ordninger med mere end 5 forsikrede i virksomheden er der ingen karens for eksisterende lidelser. Dog gælder ovennævnte bestemmelser for kroniske sygdomme og følgesygdomme også i obligatoriske ordninger. I alle andre tilfælde er der 6 måneders karens for eksisterende lidelser – det vil sige man skal have været omfattet af forsikringen i 6 måneder inden der er dækning for eksisterende lidelser. Anciennitet fra anden forsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring. Der gælder dog ovennævnte særlige karensregler i Tilvalg C: Behandling for misbrug.

8. Hvad forsikringen ikke dækker

Forsikringen dækker ikke udgifter til:

- a. Sygdomme og skader, der er opstået ved et ulykkestilfælde, som er fremkaldt af forsikrede med vilje eller ved grov uagtsomhed.
- b. Sygdomme og skader, der er opstået som følge af udførelse af professionel sport, når sporten drives som hovederhverv.
- c. Akut og sub akut behandling, der fordrer hurtig assistance i form af fx ambulance, skadestue, vagtlæge og som kræver hurtigt behandling, f.eks. trafikulykker, blodpropper, og diagnoseområder, der i det offentlige defineres som akutte, herunder sygdomme inden for cancer og hjerte/kar samt psykiatriske diagnoser, der indgår i det offentlige behandlingspakker/pakkeforløb. Akut psykologkrisehjælp er dog omfattet af forsikringen.
- d. Undersøgelse, behandling og kontrol i forbindelse med graviditet, fødsel, abort, fertilitetsundersøgelse og barnløshed samt følgegener hertil. Alle former for prævention, herunder sterilisation og andre præventionsbehandlinger.
- e. Kønssygdomme, HIV-infektion og sygdomme afledt af HIV, organtransplantation og – donation samt kronisk dialysebehandling.
- f. Behandling hos tandlæge, herunder tandbehandling og tandkirurgi af enhver art samt kæbekirurgi udført af tandlæge.
- g. Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder almindelige syns- eller hørekorrigerende undersøgelser, kontrol operation og anden behandling som grå stær, skelen, briller, kontaktlinser samt høreprøver og høreapparater.
- h. Kosmetiske behandlinger medmindre de er medicinsk betinget som følge af anden dækningsberettiget skade. Behandling af hængende øjenlåg, såvel nedre som øverste, betragtes som kosmetisk og dækkes ikke. Varicer uden alvorlige symptomer, som f.eks. mistet køretilladelse, sygemelding, alvorlig betændelse osv. betragtes som kosmetisk og dækkes ikke.
- i. Fedmeoperationer eller –behandling, herunder følgeoperationer eller følgebehandling.
- j. Kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft er dækket i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet. Ved kroniske sygdomme forstås sygdomme, som Dansk Sundhedssikrings læge vurderer er varige, som må forventes at kræve langvarig behandling og sygdomme, som ikke kan kureres, f.eks. medfødte lidelser, hormonelle sygdomme, migræne, whiplash, astma –og allergilidelser, blodsygdomme, slidgigt, diabetes mv.
- k. Behandling af fobier. Behandling af demens. ADHD relaterede sygdomme, spiseforstyrrelser og Torurette. Udredning af ADHD Aspergers Syndrom og autisme dækkes ikke. OCD dækkes i udredningsfasen til diagnosen er stillet.
- l. Følgesygdomme af misbrug af alkohol, medicin eller narkotika.

- m. Protonterapi eller behandling med stamceller. Behandling af karatosis actinica (solskader i huden) dækkes ikke. Radio Frekvens Ablation (RFA) (hjerterytmeforstyrrelser) og DC-konvertering dækkes ikke. Snorkebehandling.
- n. Epidemier og pandemier, som det offentlige tager sig af.
- o. Forebyggende undersøgelse og behandling, herunder generelle og forebyggende helbredsundersøgelser. Lægeerklæringer, der ikke er bestilt af Dansk Sundhedssikring. Omkostninger til aftalte undersøgelser/behandlinger, som den forsikrede udebliver fra. Omkostninger til undersøgelse/behandling hos praktiserende læge/speciallæge i almen medicin.
- p. Skade som følge af borgerlige uroligheder, oprør, krig eller krigslignende tilstande og terror, herunder bakteriologiske og kemiske angreb.
- q. Skade som følge af udløsning af atomenergi eller radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof eller affald.
- r. Parterapi.

9. Opsigelse og ændring af forsikringen

Forsikringer, som er tegnet for et år ad gangen, bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen.

Forsikringen kan opsiges når som helst med 1 måneds varsel til udløbet af en måned og skal ske skriftligt til Dansk Sundhedssikring.

Der indgås, med mindre andet aftales, en årspolice med årlig opgørelse af debitering eller kreditering. Medarbejdere kan til- og afmeldes månedsvis.

Dansk Sundhedssikring kan opsiges forsikringen med 1 måneds varsel til udløbet af en måned.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien gælder reglerne under punkt 10: Betaling af forsikringen.

Dansk Sundhedssikring kan ændre vilkår og pris for sundhedsforsikringen med 1 måneds varsel til udgangen af en måned med mindre andet er aftalt. Såfremt forsikringstager ikke kan acceptere ændringerne skal forsikringstager senest 14 dage efter modtagelse af Dansk Sundhedssikring meddelelse give Dansk Sundhedssikring besked om, at ændringerne ikke kan accepteres og forsikringen bliver annulleret på ændringsdagen. Ellers betragtes forsikringsforholdet som videreført. Prisændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter m.v. fra offentlig side betragtes ikke som ændring af forsikringens vilkår eller pris.

Såfremt en forsikret fratræder sin stilling i virksomheden kan forsikrede videreføre forsikringen på vilkår og priser for private, uden øvre aldersgrænse. Medforsikret familie er uændret dækket til førstkomende hovedforfald, hvorefter de kan videreføre forsikringen på vilkår og priser for private og uden øvre aldersgrænse. Såfremt forsikrede begærer videreførelse inden for 3 måneder efter udløb af hidtidig forsikring hos Dansk Sundhedssikring kan videreførelsen ske uden karens for eksisterende lidelser. Ved begæring af videreførelse efter 3 måneder er der 24 måneders karens for eksisterende lidelser.

10. Betaling for forsikringen

Forsikringstager har ansvar for at Dansk Sundhedssikring modtager betalingen for forsikringen rettidigt hvilket er senest 21 dage efter påkrav om betaling. Såfremt betaling ikke er sket rettidigt vil Dansk Sundhedssikring efter 14 dage sende en opsigelse, der træder i kraft efter 21 dage, såfremt betaling ikke har fundet sted inden udløbet af denne periode. Dansk Sundhedssikring har ret til at fakturere gebyrer for påmindelser.

Dansk Sundhedssikring opkræver afgifter til staten sammen med betaling for forsikringen. Hvis prisen er baseret på nogle forudsætninger, der ikke længere er til stede, kan Dansk Sundhedssikring regulere prisen ved næste hovedforfald.

Forsikringens pris bliver hvert år reguleret i overensstemmelse med det offentliggjorte nettoprisindeks fra Danmarks Statistik. Ophører udgivelsen af dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen af det, har vi ret til at bruge et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

11. Andre forhold

Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger. Hvis Dansk Sundhedssikring har modtaget ufuldstændige eller forkerte oplysninger, når forsikringen bliver oprettet, gælder bestemmelserne i Forsikringsaftalelovens § 4 til 10. Det betyder at forsikringsdækningen helt eller delvist kan bortfalde. Hvis forsikringstageren eller den forsikrede ikke vidste og ikke burde vide, at de gav Dansk Sundhedssikring en urigtig oplysning, hæfter Dansk Sundhedssikring, som om den urigtige oplysning ikke forelå.

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal Dansk Sundhedssikring straks have besked. Ellers kan Dansk Sundhedssikring begrænse dækningen eller afvise at dække en skade.

Hvis der er dækning fra det offentlige eller fra et andet forsikringsselskab skal Dansk Sundhedssikring have besked om det, når skaden anmeldes. I det tilfælde vil dækningen fra denne forsikring være subsidiær, og den anden dækning skal derfor anvendes først.

Forsikringssummen udgør, med mindre andet er aftalt og fremgår af forsikringstagers police, 1.000.000 kroner pr. forsikret pr. kalenderår. Forsikringssummen indekserreguleres ikke.

12. Behandling af helbredsoplysninger

Der er ingen krav om afgivelse af helbredsoplysninger for tegning af sundhedsforsikring. Såfremt man ønsker at indtræde efter tidligere at have givet en afkaldserklæring kan Dansk Sundhedssikring dog kræve afgivelse af helbredsoplysninger.

Ved anmeldelse af en skade accepterer forsikrede, at Dansk Sundhedssikring må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis det er relevant i forbindelse med den sygdom/skade, der er anmeldt til Dansk Sundhedssikring. Oplysninger må indhentes fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringsselskaber, pensionskasser og portalen Sundhed.dk. Dansk Sundhedssikring indhenter oplysningerne efter et skriftligt samtykke hertil fra den enkelte forsikrede.

Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldt lidelse/skade. Helbredsoplysninger behandles i overensstemmelse med Sundhedslovens krav om tavshedspligt (Sundhedslovens § 40: ”en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger”).

Videregivelse af helbredsoplysninger sker alene i forbindelse med undersøgelse/behandling af den anmeldte lidelse/skade i overensstemmelse med Sundhedslovens § 41 om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter.

Forsikrede har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener, er nødvendige for at afgøre, om vi dækker behandling og omfanget af dækningen.

13. Klager

Såfremt forsikringstageren eller forsikrede ikke er tilfreds med et konkret forløb omkring brug af forsikringen er man velkommen til at beskrive problemet og sende det til klage@ds-sundhed.dk, hvorefter forsikringstager eller forsikrede vil blive kontaktet af vores ansvarlige leder for kundeklager og kvalitetsspørgsmål. Såfremt der ikke opnås enighed om en løsning, er det muligt for forsikrede at klage til:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V
Tlf. 33 15 89 00 mellem 10.00-13.00
www.ankeforsikring.dk

En klage til Ankenævnet skal sendes på et specielt skema, som kan fås hos Ankenævnet. Det koster et beløb at klage til Ankenævnet, som Dansk Sundhedssikring refunderer, hvis forsikringstageren eller forsikrede får medhold i klagen.

14. Kontakt og spørgsmål

Dansk Sundhedssikring kan kontaktes for yderligere oplysninger på telefon 7020 6121 eller på e-mail sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

15. Fortrydelsesret

For privattegnede forsikringer gælder en fortrydelsesret. Det betyder, at forsikringstager kan fortryde en privatindgået aftale om forsikring efter reglerne i Forsikringsaftalelovens § 34. Ved privatindgåede forsikringer er fortrydelsesfristen 14 dage. Forsikringstager har efter reglerne i Forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse. Fortrydelsesfristen regnes fra den dag, hvor aftalen er indgået, og forsikringstager har modtaget forsikringsbetingelserne, hvor fortrydelsesfristen er beskrevet.

Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, en lørdag, grundlovsdag, den 24. december eller den 31. december, kan forsikringstager vente til den følgende hverdag.

Du kan opsige forsikringen ved at sende en mail til os på sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk eller et brev til vores kontoradresse.