

# Vilkår - Privat

## Sundhedsforsikring

# Sundhedsforsikring Privat

## 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, i det omfang sidstnævnte ikke er fraveget.

Forsikringsaftalen, indgået via Dansk Sundhedssikring som agent, gælder mellem AXA France Vie og den/de personer, som står som forsikringstager i policen.

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 privatpersoner på 21 år og derover. Børn under 21 år, men over 1 år, kan medforsikres.

De forsikrede voksne modtager information fra Dansk Sundhedssikring om forsikringen og om hvordan den bruges. Medforsikrede børn fremgår af forsikringstagers forsikringsaftale. Ved ændringer i forsikringen får de forsikrede besked fra 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 gælder uanset om forløbet er i den private og/eller den offentlige sundhedssektor og gælder alle behandlingskrævende sygdomme og skader. Hjælpen omfatter navigation og tovholderfunktion gennem forløb i den private og/eller offentlige sundhedssektor.

### 4.2 Behandling hos fysioterapeut

Ved henvisning fra egen læge og godkendelse fra Dansk Sundhedssikring, refunderes egenbetaling svarende til taksten efter den offentlige sygesikring og efter eventuelt tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, for op til 10 årlige fysioterapibehandlinger (kalenderår). Efter 5 behandlinger skal behandleren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling, der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge. Holdtræning dækkes som udgangspunkt ikke.

### 4.3 Behandling hos kiropraktor

Ved godkendelse fra Dansk Sundhedssikring, refunderes egenbetaling svarende til taksten efter den offentlige sygesikring og efter eventuelt tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, for op til 10 årlige kiropraktikbehandlinger. Efter 3-5 behandlinger skal behandleren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling, der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge.

### 4.4 Behandling hos psykolog

Ved henvisning fra egen læge og/eller Dansk Sundhedssikrings læge refunderes egenbetalingen for op til 10 årlige psykologbehandlinger. Efter 3-5 behandlinger skal behandleren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling, der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge.

Når det er muligt, gennem en henvisning fra egen læge, at opnå tilskud til behandlingen fra den offentlige sygesikring, skal der indhentes en henvisning fra egen læge. 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. Der kan under alle omstændigheder maksimalt godtgøres 957 kroner pr. behandling (2014 tal).

### 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 dødsfald hos nærtstående familiemedlem eller ven, på grund af at forsikrede bliver udsat for røveri, overfald, pludselig hændelse med fare for alvorlig fysisk skade, ved brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed 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.

#### 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 eller 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.

Der gælder ikke en behandlingsgaranti 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 Sundhedssikring 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 den indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg, efter Dansk Sundhedssikring har modtaget henvisning fra egen læge og kopi af eventuelt nødvendige journaloplysninger fra egen læge.

Mindre indgreb, der udføres ved samme konsultation som undersøgelsen, fx fjernelse af modermærke eller injektion af en blokade, er også dækket når det på forhånd er godkendt af Dansk Sundhedssikring.

#### 4.8 Hospitalsbehandling

Hvis Dansk Sundhedssikring 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, efter diagnosen er stillet og både Dansk Sundhedssikring og behandlingsstedet har modtaget henvisning, diagnoseresultat med en diagnosekode og journaloplysninger.

Dog gælder, at såfremt forsikrede godt kan passe sit job uden større gener, så vil behandlingen finde sted inden for maksimalt 23 arbejdsdage.

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

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.

#### 4.9 Medicinsk efterbehandling og kontrol

Forsikringen dækker kontrol efter 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 hvis forsikrede og dennes familie er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige opgaver og forsikrede har været sygemeldt i mere end 14 dage og hjemmeservice er ordineret af den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.
- 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. Forudsætninger for dækning

Forsikringen omfatter de ydelser, der er beskrevet i forsikringsaftalen 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.

Behandling af kroniske lidelser dækkes alene med rådgivning. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af kroniske lidelser.

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.

## 6. Karensbestemmelser

Der er 24 måneders karens for eksisterende lidelser – det vil sige man skal have været omfattet af forsikringen i 24 måneder inden der er dækning for eksisterende lidelser. Anciennitet fra anden forsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring.

## 7. Hvad forsikringen ikke dækker

Dansk Sundhedssikring yder sundhedsfaglig rådgivning til alle behandlingskrævende sygdomme og lidelser. Forsikringen dækker ikke udgifter til:

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 offentliges 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, sygdommelding, 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. 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 Tourette. 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.

## 8. 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.

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

Ved manglende betaling af forsikringspræmien gælder reglerne under punkt 9: 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. Indeksregulering og pålagte afgifter m.v. fra offentlig side betragtes ikke som ændring af forsikringens vilkår eller pris.

Når en skade er konstateret, kan både forsikringstageren og Dansk Sundhedssikring opsiges forsikringen med 14 dages varsel. Dette skal ske, senest 1 måned efter at erstatningen er udbetalt, eller skaden er afvist.

## 9. 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.

## 10. 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.

## 11. Behandling af helbredsoplysninger

Der er ingen krav om afgivelse af helbredsoplysninger for tegning af sundhedsforsikring.

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.

## 12. 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](mailto: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 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](http://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.

## 13. Kontakt og spørgsmål

Dansk Sundhedssikring kan kontaktes for yderligere oplysninger på telefon 7020 6121 eller på e-mail [sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk](mailto:sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk).

#### 14. 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](mailto:sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk) eller et brev til vores kontoradresse.