

Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care

Tillæg I: Personlig medicin og kræftbehandling i udlandet

Indholdsfortegnelse

9	Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care	3
9.1	Hvem er dækket af Tillæg I	4
9.2	Hvad dækker Tillæg I	5
9.2.1	Tilgængelige ydelser i henhold til dette Tillæg I	5
9.2.2	Præcisionsmedicinsk Service	5
9.2.2.1	Dækkede medicinske scenarier for personaliseret medicin	5
9.2.2.2	Dækkede tests	6
9.2.2.3	Begrænsninger	6
9.2.3	Kræftbehandling	7
9.3	Brug af den forsikringsdækning, der tilbydes i henhold til dette Tillæg I	8
9.4	Proceduren for skadebehandling	9
9.4.1	Anmeldelse af krav	9
9.4.2	Oplysningspligt	10
9.4.3	Den forsikredes forpligtelser	10
9.4.4	Levering af den Præcisionsmedicinske Service	10
9.4.5	Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling	12
9.4.6	Behandling i udlandet: Indledende lægeattest	12
9.4.7	Den gældende dækningsperiode	13
9.4.8	Hjemkomst fra behandling i udlandet	13
9.4.9	Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet	13
9.4.10	Samarbejdspartnere	14
9.5	Dækning	14
9.5.1	Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet	14
9.5.2	Dækkede ikke-behandlingsudgifter under behandling i udlandet	15
9.5.2.1	Rejseudgifter ved behandling i udlandet	16
9.5.2.2	Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet	16
9.5.2.3	Udgifter til hjemtransport	17
9.5.3	Økonomisk dækning under behandling i udlandet	17
9.5.4	Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	17
9.5.4.1	Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	17
9.5.4.2	Opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet	18
9.6	Hvad forsikringen ikke dækker	19
9.7	Særlige bestemmelser	22

9 Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care

Dækning i henhold til dette Tillæg I gælder i den i Tillægget angivne forsikringstid.

Definition af visse begreber, der anvendes i forsikringen/forsikringsbetingelserne:

Forsikringstiden i Tillæg I

Forsikringstiden i henhold til dette Tillæg I er perioden fra det tidspunkt, hvor dækningen herunder træder i kraft, og frem til den ophører, uanset årsagen til dette. Den starter på den dato, hvor forsikringsaftalen udstedes eller fornyes 1. januar 2024 eller senere.

Further

Further Underwriting International SLU – det selskab, der står for selskabets skadesbehandling.

We Go Further S.L.U. – det selskab, der arrangerer den Præcisionsmedicinske Service.

Gældende dækningsperiode

Periode på 36 måneder, startende fra datoen for den første rejse til udlandet, der aftales og betales af forsikringen i dette Tillæg I efter godkendelse. Den gældende dækningsperiode er den periode, hvori forsikringsdækningen i henhold til dette Tillæg I udbetales for alle godkendte krav i henhold til dette Tillæg I.

Forsikringssum

Forsikringssummen, der gælder for al dækning i forbindelse med kræftbehandling i udlandet, som nævnt i afsnit 5 Kræft – undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care, er DKK 7.500.000 pr. forsikret. Denne forsikringssum omfatter alle de omkostninger, der er forbundet med at yde den dækning, der er beskrevet i afsnit 9.5.1, 9.5.2, 9.5.3 og 9.5.4.

Medicinske definitioner

Somatiske celleterapiprodukter: Celler eller væv, som er blevet manipuleret til at ændre biologiske karaktertræk, eller celler eller væv, der ikke skal anvendes til de samme essentielle funktioner i kroppen. De kan anvendes til at helbrede, diagnosticere eller forhindre sygdomme.

Vævsdannede produkter: Celler eller væv, som er modificeret, så det kan anvendes til at reparere, regenerere eller erstatte menneskevæv.

Alternativ behandling og medicin: Behandlingsformer, praksis og medicin, der i denne forsikring ikke betragtes som en del af konventionel lægevidenskab eller standardbehandling, herunder, men ikke begrænset til: Akupunktur, aromaterapi, kiropraktik, homøopati, naturopati, ayurveda, traditionel kinesisk lægekunst samt osteopati.

CAR-T-celleterapi (Chimeric Antigen Receptor CAR-T-celleterapi): Behandlingstype, hvor patientens T-celler (en type immunsystemceller) ændres i et laboratorium, således at de angriber kræftceller. T-celler tages fra patientens blod. Dernæst tilføres genet for en særlig receptor, som binder sig til visse proteiner på patientens kræftceller. Den særlige receptor kaldes chimeric antigen receptor (CAR). Et stort antal CAR-T-celler dyrkes i laboratoriet og indsprøjtes i patienten.

Kognitive lidelser: Lidelser, som betydeligt svækker individets kognitive funktioner i en sådan grad, at det er umuligt at fungere normalt i samfundet uden behandling – som defineret i seneste udgave af Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Eksperimentel behandling: Behandling, procedure, behandlingsforløb, udstyr, medicin eller lægemiddel til medicinsk eller kirurgisk anvendelse, som ikke er almindeligt accepteret som sikker, effektiv og passende i behandlingen af sygdomme eller skader af diverse videnskabelige organisationer, der er anerkendt af det internationale lægesamfund, eller stadig er underlagt undersøgelse, forskning eller test, eller som indgår i et stadie af kliniske forsøg.

Opfølgende pleje: Enhver ydelse, som omfatter diagnostisk undersøgelse og/eller overvågning/kontrol (af speciallæge i forhold til den behandlede sygdom) efter behandling i udlandet, som skal afgøre, om den forsikrede lider (eller sandsynligvis vil komme til at lide) af forværring eller komplikationer efter den behandlede sygdom med det formål at forhindre tilbagefald eller genopståen af samme sygdom. Planen for opfølgende pleje bør uddybes af den behandlende læge i udlandet med angivelse af tidsintervaller og type af diagnostiske procedurer.

Sygdom: Enhver lidelse i kroppen, systemet eller organstrukturen med identificerbare og karakteristiske tegn og symptomer eller konsistente anatomiske ændringer. Der skal desuden foreligge en diagnose fra en autoriseret læge. Som sygdom anses enhver skade og påvirkning, der måtte opstå fra samme diagnose, samt enhver lidelse opstået af samme eller relateret årsag. Hvis en lidelse skyldes samme årsag, som førte til en tidligere sygdom, eller en relateret årsag, anses sygdommen som en fortsættelse af den tidligere sygdom og ikke som en uafhængig sygdom.

Medicinsk nødvendigt: Sundhedsydelser eller -leveringer, som den forsikrede er henvist til, for behandling af en dækket sygdom eller udførelse af et dækket indgreb, som skal forbedre den forsikredes sygdomstilstand og er anerkendt som egnet til at forbedre det helbreds-mæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som i forhold til type, hyppighed og varighed er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til fagfællebedømt medicinsk litteratur. Sådanne sundhedsydelser eller leveringer skal være omkostningseffektive sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater – herunder ingen behandling – og som er nødvendige af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed. At en læge anbefaler, ordinerer, anviser eller godkender en sundhedsydelse eller -levering fastslår ikke nødvendigvis alene, at ydelsen eller leveringen er medicinsk nødvendig i henhold til dette Tillæg I.

Indledende lægeattest: Skriftlig godkendelse udstedt af Further og/eller selskabet, som omfatter bekræftelse af dækning i henhold til dette Tillæg I forud for behandling i udlandet, der udføres på det angivne hospital for enhver behandling, service, levering eller ordination vedrørende en skade.

Allerede eksisterende sygdom: Enhver sygdom eller tilstand hos den forsikrede, som er anmeldt, diagnosticeret, behandlet eller har vist relaterede lægeligt dokumenterede symptomer eller tegn inden for 5 år forud for forsikringens ikrafttrædelsesdato for den forsikrede i henhold til dette Tillæg I.

Protese: Anordning, som erstatter et helt eller dele af et organ eller erstatter hele eller en del af funktionen af en kropsdel, der ikke fungerer eller kan opereres.

Rekonstruktionskirurgi: Procedurer, der skal rehabilitere en struktur for at korrigere for dennes mistede funktion.

9.1 Hvem er dækket af Tillæg I

Dækning i henhold til dette Tillæg I er tilgængelig for enhver forsikret, der er omfattet af forsikringsaftalen på forsikringens ikrafttrædelses-/fornyelsesdato.

For enhver forsikret, der tilføjes til dækningen af denne forsikringsaftale på obligatorisk/automatisk basis efter

ikrafttrædelses-/fornyelsesdatoen, træder dækningen i henhold til dette Tillæg I i kraft på den dato, hvor de inkluderes i aftalen.

For enhver forsikret, der tilføjes til dækningen af denne forsikringsaftale på frivillig basis, vil inkluderingen af den forsikrede være med forbehold for udfyldelsen af en ansvarsfraskrivelse, der anerkender begrænsningen i dækningen for **allerede eksisterende sygdomme**. Dækning under dette Tillæg I kan opnås efter godkendelse af anmodningen om tilføjelse.

Karensbestemmelser for dette Tillæg I

Der er ingen karensperiode i henhold til dette Tillæg I.

9.2 Hvad dækker Tillæg I

Dette Tillæg I er beregnet til at tilbyde kræftbehandling uden for Danmark og bopælslandet, (hvis den forsikrede er bosiddende i Norge, Sverige eller Tyskland), med det formål at forbedre den forsikredes sygdomstilstand, når den optimale behandling muligvis ikke er tilgængelig i Danmark som identificeret ved levering af den Præcisionsmedicinske Service.

Vi giver den forsikrede adgang til den Præcisionsmedicinske Service for dækkede medicinske scenarier og giver den forsikrede forsikringsdækning for medicinsk behandling, der er identificeret som en dækket behandlingslinje som følge af et dækket medicinsk resultat.

9.2.1 Tilgængelige ydelser i henhold til dette Tillæg I

- **Medicinsk Concierge-ordning:** Godkendes kravet, tilrettelægger den medicinske Concierge-ordning alle detaljer i relation til den forsikredes medicinske behandling. Dette omfatter et samlet overblik over sagen samt hjælp til at planlægge rejse og ophold for den forsikrede og en godkendt ledsager.
- **Præcisionsmedicinske Servicer:** Denne service, i tilfælde af visse kræftdiagnoser, der er anerkendt som dækkede medicinske scenarier, indebærer at arrangere en molekylær profilanalyse for at levere rapporter, der angiver nøjagtige diagnoser, individuelle behandlingsplaner, vurdering af behandlingsresistens og præcise prognoser. Servicen kan føre til identifikation af et dækket medicinsk resultat.

9.2.2 Præcisionsmedicinsk Service

Den Præcisionsmedicinske Service giver personlig støtte og vejledning til den forsikrede gennem hele dennes kræftforløb. Dette omfatter organiseret adgang til omfattende genomiske tests ved hjælp af teknikker som Next Generation Sequencing (NGS), verdens førende ekspertfortolkning af laboratorieresultater og en præcis klinisk ekspertrapport, der dækker tilvejebringelsen af en personlig kræftbehandlingsplan, der er specifik for hver forsikrets molekylære profil.

Leveringen af servicen vil blive overvåget af kliniske eksperter inden for dette medicinske område.

9.2.2.1 Dækkede medicinske scenarier for personaliseret medicin

Den Præcisionsmedicinske Service kan aktiveres, hvis følgende betingelser opfyldes:

- 1) Den forsikrede modtager aktiv kræftbehandling eller har modtaget en skriftlig anbefaling om øjeblikkelig kræftbehandling; og
- 2) Kræftdiagnosen er klassificeret som stadie I, II, III eller IV; og

3) For **somatisk testning** (se nedenstående afsnit 9.2.2.2 "Dækkede tests") er egnet testmateriale tilgængeligt i form af en biopsi med et tilstrækkeligt antal tumorceller. Hvis biopsien ikke indeholder et tilstrækkeligt antal tumorceller, kan der aftales en flydende biopsi (blodprøve), hvis det er klinisk hensigtsmæssigt.

9.2.2.2 Dækkede tests

Den Præcisionsmedicinske Service omfatter aftale om omfattende genetiske tests baseret på kræftdiagnosen, der er genstand for anmodningen: **Somatisk testning** og **kimlinjetestning**.

1) For kræftdiagnoser i tidlige stadier (klassificeret som stadie I eller II) vil den Præcisionsmedicinske Service omfatte aftale om genetisk testning for arvelig kræftisiko, hvis det anses for at være klinisk relevant af en ekspert inden for dette medicinske område udpeget af Further – kimlinjetestning.

2) For kræftdiagnoser klassificeret i henhold til et af følgende kriterier:

- Kræft, der ikke reagerer på første linjebehandling (som bekræftet af den behandlende onkolog); eller
- Kræft i fremskredent stadie (stadie III eller IV); eller
- Kræft af ukendt primær oprindelse (fravær af en klart påviselig primær tumor); eller
- Sjældne former for kræft (*).

Den Præcisionsmedicinske Service omfatter aftale om en omfattende genomisk test – **somatisk testning**.

(*) Kræftformer med en incidens på <6/100.000 inkluderet på listen Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECAR) offentliggjort på deres hjemmeside <https://www.rarecarenet.eu/>.

Kimlinjetestning

- **Kimlinjetestning** er en type gentest, der leder efter arvelige mutationer, som findes i alle kroppens celler og har været til stede siden fødslen.
- Formålet med **kimlinjetestning** er at identificere arvelige dispositioner for visse typer af kræft hos patienten. Resultater fra **genetiske kimlinjetests** kan bidrage med oplysninger i kræftbehandling ved at identificere patienter med arvelige bidrag, der påvirker kræftbehandling og fremtidig kræftisiko for sekundære primære tumorer. Denne analyse kan være relevant for familiemedlemmer til patienten, som kan have arvet de samme mutationer.
- Testen udføres ved at analysere en prøve i form af en kindpodning, spytp prøve eller en blodprøve.

Somatisk testning

- **Somatisk testning** er en form for genetisk testning, der leder efter erhvervede mutationer i et afgrænset sæt celler eller væv.
- Formålet med **somatisk testning** er at finde markører, der kan påvirke beslutninger om behandling.
- Testen udføres ved at analysere en prøve af tumoren i form af en biopsiprøve eller en flydende biopsi.

9.2.2.3 Begrænsninger

- Efter gennemgang af anmodningen vil den relevante kimlinje- eller somatiske test blive udført baseret på de kvalificerende kriterier, som tidligere angivet i afsnit 9.2.2.2 "Dækkede tests". Der udføres én test for hver unik kræftdiagnose.

Bemærk:

- a. En unik kræftdiagnose bestemmes af den specifikke ICD-kode (International Classification of Diseases), der er tildelt pågældende kræfttype. Derfor kan servicen rekvireres (igen) for en separat og ikke-relateret kræfttype, diagnosticeret under en anden ICD-kode.
 - b. I tilfælde af at en specifik kræftdiagnose i et tidligt stadie, der kun er undersøgt ved **kimlinjetest** i henhold til denne service, udvikler sig til stadie III eller IV, vil den forsikrede være berettiget til at genaktivere servicen og anmode om en **somatisk test**.
- Den Præcisionsmedicinske Service tilbydes ikke til en **allerede eksisterende sygdom** (se afsnit 9.6).
 - Aktiveringen (og genaktiveringen som nævnt i punkt b) af den Præcisionsmedicinske Service skal ske, mens forsikringsaftalen er aktiv og til fulde betalt.

9.2.3 Kræftbehandling

Behandlingslinjer

Behandlingen af kræft er organiseret og ydes gennem på hinanden følgende behandlingslinjer. Efter diagnosticering af kræftsygdommen vil den behandlende læge koordinere den "første behandlingslinje" (også kendt som indledende behandling). Denne første linje forventes at give de største fordele og samtidig minimere risici og potentielle bivirkninger for størstedelen af patienterne med den specifikke kræftdiagnose.

I tilfælde hvor den indledende behandling ikke giver resultater eller udløser alvorlige bivirkninger, vil den behandlende læge iværksætte en anden behandlingslinje. Efterhånden som sygdommen skrider frem, kan det desuden blive nødvendigt at gå videre til tredje eller efterfølgende behandlingslinjer.

Hver behandlingslinje er formuleret ud fra en omfattende plan, der giver nøjagtige retningslinjer for gennemførelsen af forskellige behandlinger såsom medicincykler, medicinske procedurer eller kirurgi for at fjerne tumoren. Disse behandlinger er organiseret enten i kombination eller sekventielt inden for en bestemt tidsramme.

Medicinske resultater, herunder nøglemedicin

Forsikringen vil betragte et dækket medicinsk resultat som enhver anbefaling i den kliniske ekspertrapport eller ekspertvurderingen af en behandlingslinje, der inkluderer nøglemedicin.

I forbindelse med denne forsikring vil nøglemedicin blive betragtet som medicin, der:

1. Er godkendt af og har opnået en markedsføringstilladelse fra den amerikanske Food & Drug Administration (FDA) eller det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA); og
2. IKKE er opført med status som "markedsført" i Danmark af **Lægemiddelstyrelsen** til behandling af den kræftform, som skadesanmeldelsen vedrører.

Dækning i henhold til dette Tillæg I omfatter aftale om og betaling for den specifikke behandlingslinje – der omfatter nøglemedicin – uden for Danmark (og Tyskland, Norge og Sverige for forsikrede, der er bosiddende i disse lande). Dækningen vil blive givet under en "on-label"- eller "off-label"-tilgang.

- **On-label-tilgang:** Planlægningen af behandlingslinjen, hvor anvendelsen af nøglemedicin sker i overensstemmelse med det omfang, den dosering og den administrationsmetode, der er godkendt i den farmaceutiske licens udstedt af de relevante lægemiddelmyndigheder i det land, hvor behandlingen planlægges.
- **Off-label-tilgang:** Planlægningen af den behandlingslinje, hvor anvendelsen af nøglemedicin sker uden

for de indikationer, der er godkendt af de relevante lægemiddelmyndigheder i det land, hvor behandlingen planlægges. Dette kan omfatte en ansøgning vedrørende en anden type kræftdiagnose eller en ansøgning om en anden dosis eller administrationsmetode end dem, der er beskrevet og godkendt i den farmaceutiske licens i destinationslandet.

For både "on-label"- og "off-label"-tilgangen vil der blive udstedt en foreløbig lægeerklæring, der afspejler den behandlingslinje under "on-label"- eller "off-label"-tilgangen, som vil blive dækket og gennemført på det valgte internationale hospital.

9.3 Brug af den forsikringsdækning, der tilbydes i henhold til dette Tillæg I

Nedenstående betingelser gælder for alle dækninger i henhold til dette Tillæg I, men med de nærmere regler og undtagelser beskrevet i de enkelte dækninger. Vi anbefaler derfor, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

Forsikringsaftalen giver dækning i henhold til dette Tillæg I til den forsikrede, når alle følgende betingelser er opfyldt:

- En anmeldelse godkendes, når den er vurderet af den Præcisionsmedicinske Service i henhold til "Proceduren for skadebehandling" som beskrevet i afsnit 9.4.
- Den medicinske behandling er aftalt og betalt i henhold til dette Tillæg I for en behandlingsplan, der betragtes som en dækket behandlingslinje som følge af et dækket medicinsk resultat, som defineret i afsnit 9.2.
- De medicinske ydelser og procedurer, der tilbydes som ydelser under forsikringsaftalen i henhold til dette Tillæg I, udføres i den gældende dækningsperiode. Den gældende dækningsperiode varer 36 måneder og begynder på datoen for den første rejse for at modtage behandling i udlandet arrangeret og betalt af denne forsikring.
- Behandlingen skal være medicinsk nødvendig og forventes at helbrede lidelsen eller forbedre sundhedstilstanden væsentligt og permanent. Behandlinger af forebyggende karakter er ikke dækket. Vi anser medicinsk nødvendig behandling for at omfatte alle sundhedsydelser eller -leveringer, som:
 - Er ordineret til den forsikrede med henblik på behandling af den kræftdiagnose, der er genstand for anmeldelsen, med det formål at forbedre den forsikredes sygdomstilstand; og
 - Er anerkendt som egnet til at forbedre det helbredsmæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som hvad angår type, hyppighed og varighed er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til fagfælle bedømt medicinsk litteratur (fx Pubmed) eller videnskabeligt baserede retningslinjer i USA, Storbritannien eller Europa (særligt anvendes NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology); og
 - Er omkostningseffektive sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater, herunder ingen behandling; og
 - Er nødvendige af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed.

At en læge anbefaler, ordinerer, anviser eller godkender en ydelse eller udstyr fastslår ikke nødvendigvis i sig selv, at den relevante ydelse er helbredsmæssigt nødvendig i henhold til denne forsikring. Behandlingsmetoden er kun dækket af forsikringen, hvis den er godkendt af os.

- Udgifterne og de økonomiske ydelser skal ligge inden for den forsikringssum og de grænser, der er angivet i dette Tillæg I. Alle udgifter skal efter vores opfattelse være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat. Vi henviser dig til en klinik eller et privathospital til behandling i udlandet, og betalingen foregår direkte mellem behandlingsstedet i udlandet og os.
- Behandlingen er tilrettelagt af Further i overensstemmelse med ”Proceduren for skadebehandling”, som fremgår af afsnit 9.4.
- Udgifterne til lægebehandling opstår uden for Danmark (og Tyskland, Norge og Sverige for forsikrede, der er bosiddende i disse lande) – med undtagelse af:
 - Udgifter til medicin, der dækkes under afsnit 9.5.4.1.
 - Udgifter til opfølgende pleje, der dækkes under afsnit 9.5.4.2.
- Udgifter til diagnostiske og/eller medicinske procedurer, behandling, og udgifter i forbindelse hermed, ex. ordinationer og recepter. leveringer eller ordinationer er dækket af dette Tillæg I som anført i afsnit 9.5.
- Vi skal altid godkende al undersøgelse og behandling, inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling i udlandet uden forudgående skriftlig godkendelse via den indledende lægeattest, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.
- Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade, der opstår under rejse eller ophold i udlandet, og som ikke har relation til den behandling af kræft, der er genstand for anmeldelsen. Der henvises til afsnit 9.5.1 for en nærmere beskrivelse af komplikationer eller bivirkninger.
- Forsikringen betaler ikke for undersøgelse/behandling, som du udebliver fra, eller gebyrer ved for sent afbud.
- Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af dækningen i henhold til dette Tillæg I, dækkes muligvis ikke. Der henvises til afsnit 9.6 for en nærmere beskrivelse af dækningen for allerede eksisterende sygdomme.

9.4 Proceduren for skadebehandling

Før den forsikrede eller en af denne bemyndiget person tager imod behandling, service, levering eller en ordination vedrørende en godkendt skade, skal vedkommende overholde følgende procedure:

9.4.1 Anmeldelse af krav

Krav skal altid anmeldes i forsikringstiden for Tillæg I. Er du forsikret gennem en virksomhedsordning, skal du ved anmeldelse af kravet altid informere os, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

Skader kan anmeldes telefonisk til Dansk Sundhedssikring på +45 70206121.

Den forsikrede vil derefter modtage oplysninger om de trin, der kræves for at registrere det potentielle krav via onlineportalen, og processen for den Præcisionsmedicinske Service vil blive gennemført som beskrevet i afsnit 9.4.4 ”Levering af den Præcisionsmedicinske Service”.

Hvis du har spørgsmål til din forsikring, kan du kontakte sundhedsteamet på hverdage på telefon +45 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

9.4.2 Oplysningspligt

Ud over gennemførelsen af den Præcisionsmedicinske Service er du forpligtet til at give de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens ikrafttrædelse.

Den forsikrede vil få oplyst de nødvendige skridt, der skal tages for at tilvejebringe alle relevante diagnostiske undersøgelser og lægelige dokumenter, der er påkrævede for at kunne vurdere kravets gyldighed.

9.4.3 Den forsikredes forpligtelser

Den forsikrede er forpligtet til at samarbejde ved at stille alle de lægelige dokumenter til rådighed, som måtte være tilgængelige hos den forsikrede eller de læger, hospitaler eller andre behandlingssteder, der har været ansvarlige for behandlingen frem til den dato, hvor der skete underretning om det mulige krav.

Skadesanmeldelser vil først blive vurderet med henblik på dækningsberettigelse i henhold til forsikringen, når alle nødvendige oplysninger er modtaget fra den forsikrede og de respektive læger, hospitaler eller andre behandlingssteder.

9.4.4 Levering af den Præcisionsmedicinske Service

Trin 1: Optag af oplysninger

En anmodning om den Præcisionsmedicinske Service kan placeres via den onlineportal, der vil være tilgængelig for den forsikrede, hvor en indledende tilvejebringelse af medicinske oplysninger kan uploades.

Den forsikrede, der anmoder om den Præcisionsmedicinske Service, skal give relevante medicinske oplysninger, som vil blive gennemgået, for at vurdere gyldigheden og fuldstændigheden af dokumentationen (diagnose, tilgængelighed af bioprøver, behandlingsforløb modtaget til dato etc.) samt gennemføre en mangelanalyse og udarbejde en handlingsplan. Den forsikrede part vil få support gennem hele processen af et dedikeret Concierge-team.

Trin 2: Omfattende genetisk testning

Når optaget af lægefaglige oplysninger er afsluttet med den tilhørende mangelanalyse og handlingsplan, vil den forsikrede modtage bekræftelse på den test, der er dækket.

- **Kimlinjetestning**

For kræftdiagnoser i tidlige stadier (klassificeret som stadie I eller II) vil en ekspert inden for dette medicinske område, udpeget af Further, blive konsulteret. Eksperten vil bekræfte den kliniske egnethed af kimlinjetesten i overensstemmelse med de accepterede retningslinjer for arvelig kræft risiko, der er specifikke for den pågældende kræfttype.

- a) Hvis kimlinjetesten ikke anses for at være klinisk egnet til den forsikrede, vil en ekspertvurdering udarbejdet af en udpeget ekspert blive leveret til den forsikrede. Ekspertvurderingen vil indeholde en detaljeret evaluering af diagnosen og potentielle behandlingsmuligheder.
- b) Hvis en kimlinjetest anses for at være klinisk relevant for den forsikrede, vil **kimlinjetesten** blive aftalt og betalt i henhold til dette Tillæg I.

- I tilfælde af at resultaterne af **kimlinjetesten** identificerer et positivt resultat for et arveligt gen hos den forsikrede, vil resultaterne blive analyseret af det medicinske ekspertudvalg og forklaret i den kliniske ekspertrapport (se trin 3).
- I tilfælde af at **kimlinjetesten** ikke identificerer et arveligt gen (et negativt resultat), vil resultaterne blive vedlagt ekspertvurderingen.

Formålet med **kimlinjetesten** er at undersøge tilstedeværelsen af den relevante genmutation og kræver den testede persons samtykke.

I tilfælde af et positivt resultat fra **kimlinjetesten** vil hvert tilfælde blive vurderet af en genetisk rådgiver, som vil udarbejde en rapport om bedste praksis. Der vil også blive aftalt et opkald med den person, der er berørt af det positive resultat, for at sikre, at denne har en klar forståelse af informationen.

- **Somatisk testning**

For kræftdiagnoser, der berettiger til **somatisk testning**, vil testen blive aftalt og betalt i henhold til dette Tillæg I. Resultaterne vil blive analyseret af det medicinske ekspertudvalg og forklaret i den kliniske ekspertrapport (se trin 3).

Den bedst egnede specialiserede laboratoriepartner vil blive valgt, og indsamlingen af den forsikredes prøve vil blive aftalt og betalt i henhold til dette Tillæg I.

Laboratoriet udfører den omfattende genetiske test, herunder en teknisk gennemgang og rapport om den genetiske profil for personen og/eller dennes kræftsygdom, og omkostningerne betales fuldt ud i henhold til dette Tillæg I. Det tilrådes, at den forsikrede ikke stopper behandlingen, mens vedkommende venter på resultaterne af eventuelle profileringstests.

Trin 3: Klinisk ekspertrapport

For at gennemgå resultaterne af den **somatiske test** eller et positivt resultat fra **kimlinjetestning**, vil et medicinsk ekspertudvalg bestående af et panel af specialister i onkologi, genetik og patologi, udvalgt af Further, blive antaget til at levere den kliniske ekspertrapport – en medicinsk rapport, der omdanner resultaterne af den genetiske test til klinisk anvendelige resultater.

Trin 4: Behandlingsindikation og håndtering af resultaterne

Den kliniske ekspertrapport vil give omfattende information og vejledning om resultaterne af gentestningen, herunder:

- Det kliniske resumé af den forsikredes tilstand.
- Konklusionerne fra den genetiske test.
- De optimale tilgængelige behandlingsindikationer, herunder traditionelle terapier samt nye terapier såsom målrettede terapier, immunterapier eller hormonterapier med den største potentielle kliniske fordel.
- Tegn på resistens eller toksicitet over for visse behandlinger, (hvor det er relevant).
- Ved gennemgang af resultaterne af **somatisk testning** vil rapporten også indeholde overvejelser om potentielle kimlinjemutationer og arvelige kræftformer (hvis relevant), og om **kimlinjetestning** er klinisk hensigtsmæssig i overensstemmelse med de accepterede retningslinjer for arvelig kræftirisiko. I tilfælde af at **kimlinjetestning** anses for klinisk hensigtsmæssig, vil dette Tillæg I dække planlægning af og betaling for **kimlinjetestning** af den forsikrede.
- Der aftales et opkald mellem den forsikrede og en sagsbehandler fra Further for at forklare og gennemgå rapportens resultater i detaljer.

I tilfælde hvor **somatisk testning** er blevet gennemgået, og hvor vi har den forsikredes samtykke, inviteres den behandlende onkolog til at deltage i en fagfælledrøftelse af sagen via et virtuelt møde med et medlem af det

medicinske ekspertudvalg for at diskutere resultaterne af den kliniske ekspertrapport og sikre, at resultaterne omsættes til klinisk praksis.

Trin 5: Kimlinjetestning af den forsikredes familie

I tilfælde af at **kimlinjetestning** giver et positivt resultat for et relevant arveligt gen hos den forsikrede, vil dette Tillæg I dække planlægning og betaling for kimlinjetests af den forsikredes berettigede familiemedlemmer.

Bemærk venligst, at *berettigede* familiemedlemmer er biologiske søskende og biologiske børn af den forsikrede, som kan have potentiale til at udvikle denne kræftform – udelukkende baseret på klinisk egnethed.

9.4.5 Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling

Efter modtagelse af

- alle relevante påkrævede diagnostiske tests og sygdomshistorik samt
- resultaterne af den medicinske ekspertrapport eller ekspertvurderingen som følge af den Præcisions-medicinske Service

vil Further bekræfte over for den forsikrede, om kravet er gyldigt, og om en dækket behandlingslinje som følge af et dækket medicinsk resultat er identificeret i den medicinske ekspertrapport eller ekspertvurderingen.

I tilfælde af at den forsikrede ønsker at overveje behandling i udlandet for denne dækkede behandlingslinje, vil den forsikrede få udleveret en liste over de hospitaler, der anbefales.

Såfremt den forsikrede ønsker at overveje behandling i udlandet, vil Further vurdere muligheden herfor i den gældende dækningsperiode, hvilket giver følgende scenarier:

- **Scenarie 1: Fuld dækning**
Der er ikke tidligere anmeldt krav under dette Tillæg I, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således fuld dækning i 36 måneder i den gældende dækningsperiode.
- **Scenarie 2: Delvis dækning**
Der er tidligere anmeldt krav under Tillæg I, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således dækning i de resterende måneder i den gældende dækningsperiode.
- **Scenarie 3: Den gældende dækningsperiode er udløbet.**
Der er tidligere anmeldt krav under Tillæg I, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen, som er løbet frem til udløb af den gældende dækningsperiode. Further bekræfter således, at kravet ikke er dækningsberettiget under forsikringen.

I scenarie 1 og 2 vil den forsikrede få udleveret en liste over de hospitaler, der anbefales.

9.4.6 Behandling i udlandet: Indledende lægeattest

Ved modtagelse af den forsikredes bekræftelse på beslutningen om at modtage behandling i udlandet på et af de på listen anbefalede behandlingshospitaler, og forudsat at behandlingen er planlagt til at begynde før udløb af den gældende dækningsperiode, vil Further gennem Concierge-ordningen sørge for de nødvendige praktiske og lægelige aftaler med henblik på korrekt indlæggelse af den forsikrede, og der vil blive udstedt en indledende lægeattest, som alene vil gælde for det pågældende hospital.

Concierge-ordningen er en ordning, hvor Further – på et godkendt krav – arrangerer alle detaljer vedrørende den medicinske behandling af den forsikrede. Dette omfatter et samlet overblik over sagen samt hjælp til at planlægge rejse og ophold for den forsikrede og en godkendt ledsager.

Listen over anbefalede hospitaler og den indledende lægeattest udstedes med udgangspunkt i den forsikredes sygdomstilstand på udstedelsestidspunktet. Eftersom den forsikredes helbred kan ændre sig over tid, vil begge dokumenter have en gyldighed på 3 måneder.

Såfremt den forsikrede ikke vælger et hospital fra listen over anbefalede hospitaler eller ikke påbegynder behandling på det godkendte hospital anført i den indledende lægeattest senest 3 måneder efter udstedelsesdatoen, kan nye versioner af disse dokumenter blive udstedt med udgangspunkt i den forsikredes helbredstilstand på pågældende tidspunkt.

Så længe vilkårene i den indledende lægeattest opfyldes, vil forsikrings-selskabet i henhold til forsikringsdækningen heri påtage sig de behandlingsudgifter, der er dækket, og de nødvendige udgifter til rejse og ophold – med forbehold for de begrænsninger, undtagelser og betingelser, der fremgår af forsikringen.

I tilfælde af at den/de internationale læge(r), der er ansvarlig(e) for behandlingen i udlandet, beslutter at afbryde den dækkede behandlingslinje, herunder nøglemedicinen, til fordel for en alternativ behandlingslinje, vil forsikringsaftalen i henhold til dette Tillæg I fortsat dække omkostningerne ved denne alternative behandlingslinje, forudsat at:

- en sådan ændring er medicinsk nødvendig (som vurderet i forbindelse med dette Tillæg I), og
- den nye behandlingslinje kan underbygges i henhold til retningslinjerne i afsnit 9.5.1 "Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet" og afsnit 9.6 "Hvad forsikringen ikke dækker".

9.4.7 Den gældende dækningsperiode

Den gældende dækningsperiode varer 36 måneder og begynder på datoen for den første rejse for at modtage behandling i udlandet.

Forsikringsaftalen i henhold til dette Tillæg I dækker de ydelser, udgifter og økonomiske fordele, der opstår i forbindelse med dette godkendte krav i henhold til forsikringen i den gældende dækningsperiodes varighed.

Såfremt den forsikrede er hospitalsindlagt eller modtager behandling på et hospital i henhold til vilkårene i den indledende lægeattest ved udgangen af den gældende dækningsperiode, vil forsikringen fortsat yde dækning for de behandlingsudgifter, der fremgår af afsnit 9.5.1 "Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet", indtil den næste planlagte hjemkomst til bopælslandet, som vil fremgå af den fastlagte behandlingsplan.

9.4.8 Hjemkomst fra behandling i udlandet

Såfremt den endelige hjemkomst til bopælslandet sker, før den gældende dækningsperiode udløber, vil Further forelægge den forsikrede de retningslinjer for dækning af behandlingsudgifter efter hjemkomsten fra behandling i udlandet, som fremgår af afsnit 9.5.4. Retningslinjerne vil være baseret på anbefalingerne fra de(n) udenlandske læge(r).

I henhold til dette scenarie vil den forsikrede herefter være berettiget til:

- dækning af medicinudgifter, som fremgår af afsnit 9.5.4.1, og
- dækning af udgifter til opfølgende pleje, som fremgår af afsnit 9.5.4.2 frem til udgangen af den gældende dækningsperiode.

9.4.9 Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet

Efter afsluttet behandlingsplan og efter den forsikredes endelige hjemkomst til bopælslandet kan den forsikredes helbredstilstand være afgørende for, om der skal foretages en vurdering af yderligere behandlingsbehov. Forudsat at forsikringen stadig er aktiv inden for den gældende dækningsperiode, vil den forsikrede være berettiget til at kontakte Further med henblik på en sådan vurdering.

Further vil derefter oplyse den forsikrede om de skridt, der er nødvendige for at forsyne Further med alle relevante diagnostiske undersøgelser og journaler, for at en sådan vurdering kan foretages.

Såfremt Further vurderer, at der er et helbredsmæssigt behov for yderligere behandling, vil dette blive bekræftet over for den forsikrede ved udstedelsen af en ny indledende lægeattest, inkl. en liste over anbefalede hospitaler og mulig behandling i udlandet (som beskrevet i afsnit 9.4.5 og 9.4.6).

Forsikringen vil fortsat yde dækning for alle ydelser og udgifter til behandling (som beskrevet i afsnit 9.5) frem til udgangen af den gældende dækningsperiode i henhold til vilkårene i den seneste indledende lægeattest.

9.4.10 Samarbejdspartnere

Den forsikrede og dennes familie skal give tilladelse til besøg af læger, der arbejder for Further og/eller forsikringsselskabet, og enhver forespørgsel fra lægens side i forbindelse med dennes besøg og behandling af den forsikrede, som forsikringsselskabet anser for nødvendig, vil være undtaget fra tavshedspligt.

Manglende tilladelse til disse besøg vil af forsikringsselskabet blive anset for at være et udtryk for frasingelse af retten til dækning af det aktuelle krav i henhold til forsikringen.

9.5 Dækning

Forsikringen dækker følgende ydelser, udgifter og økonomiske fordele, som opstår i forbindelse med et godkendt krav i henhold til forsikringen.

Ydelsen skal være planlagt, og udgifterne afholdt i den gældende dækningsperiode.

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af dækningerne via forsikringen:

9.5.1 Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet

Den indledende lægeattest er en skriftlig godkendelse udstedt af Further, som indeholder en bekræftelse af dækningen, jf. forsikringsaftalen, forud for at behandling i udlandet kan udføres på det anviste hospital for eventuel behandling, ydelser leveringer eller ordinationer i forbindelse med kravet.

Forsikringen betaler følgende behandlingsudgifter ved behandling i udlandet, der opstår i forbindelse med den medicinsk nødvendige dækkede behandlingslinje i overensstemmelse med de vilkår, der fremgår af den indledende lægeattest:

1. Hospitalsudgifter i forbindelse med:
 - Ophold, måltider og generel pleje ydet under den forsikredes ophold på stue eller afdeling på hospitalet eller på intensivafdeling eller overvågningsenhed.
 - Andre hospitalsydelser, herunder dem der ydes af hospitalets ambulante afdelinger, (herunder tolkeydelser), samt udgifter der relaterer sig til omkostningen ved en ekstra sengeplads eller en sengeplads til en ledsager, såfremt hospitalet tilbyder denne service.
 - Brug af operationsstue og dertilhørende ydelser.
2. Klinik eller uafhængigt sundhedscenter – dog kun hvis behandling, kirurgi eller ordination ville være dækket af forsikringen, såfremt ydelsen var leveret af et hospital.
3. Læge i forbindelse med undersøgelse, behandling eller kirurgi.

4. Lægebesøg under indlæggelse.
5. Følgende ydelser, behandlinger og ordinationer:
 - Bedøvelse og håndtering af bedøvelse, såfremt dette udføres af en certificeret anæstesilæge.
 - Laboratorieanalyse, patologi og røntgenbilleder til behandlingsformål, radioterapi, radioaktive isotoper, kemoterapi, ECG, EKG, myelogram, EEG, angiogram, CT-scanning og lignende tests og behandlinger, der er nødvendige i behandlingen af den dækkede sygdom eller behandling, såfremt disse udføres af en læge eller under lægeligt opsyn.
 - Blodtransfusion, modtagelse af plasma eller serum.
 - Udgifter forbundet med anvendelsen af ilt, intravenøs opløsning og indsprøjtninger.
 - Strålebehandling: Højenergistråler, der får svulster til at skrumpes og slår kræftceller ihjel ved brug af røntgenstråler, gammastråler og ladede partikler, er former for stråler, der bruges i kræftbehandling – enten anvendt ved hjælp af et apparat uden for kroppen (ekstern strålebehandling), eller ved at radioaktivt materiale placeres i kroppen nær kræftcellerne (intern strålebehandling, brachyterapi).
 - Rekonstruktionskirurgi til reparation eller genopbygning af en struktur, der er blevet skadet eller fjernet ved de behandlinger, som denne forsikring har tilrettelagt og betalt for.
 - Behandling af komplikationer og bivirkninger, der har direkte sammenhæng med den behandling, som denne forsikring har aftalt og betalt for, og som:
 1. kræver øjeblikkelig behandling på hospital eller klinik og
 2. kræver behandling, før den forsikrede er erklæret helbredsmæssigt i stand til at rejse tilbage til bopælslandet efter behandlingen i udlandet.
6. For medicin, der er ordineret, mens den forsikrede er indlagt til behandling af en dækket sygdom eller behandling. Medicin, der er ordineret til post-operativ behandling, er dækket i 30 dage fra den dato, hvor den forsikrede afslutter behandlingen i udlandet, og kun såfremt den købes efter returnering til bopælslandet.
7. For ambulancetransport til lands eller i luften, såfremt anvendelsen er anført og ordineret af en læge og forhåndsgodkendt af Further.
8. For ydelser og materialer i forbindelse med knoglemarvskulturer i forbindelse med vævstransplantat til den forsikrede. Der ydes kun dækning for udgifter, der er påløbet fra og med datoen for den indledende lægeattest.

9.5.2 Dækkede ikke-behandlingsudgifter under behandling i udlandet

Forsikringen dækker følgende ikke-behandlingsudgifter, der opstår i forbindelse med rejse og ophold tilrettelagt af Further, for at give den forsikrede adgang til behandling i overensstemmelse med de vilkår, der fremgår af den indledende lægeattest.

Tilrettelagt rejse og ophold dækkes for den forsikrede samt rejsefælle (evt. to rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig), hvor hver rejse omfatter rejsen fra bopælslandet til behandlingsdestinationen og tilbage samt nødvendigt ophold under hver enkelt rejse.

Rejsedatoer og -varighed fastsættes af Further på grundlag af den behandlingsplan, der anvises af de(n) behandlende læge(r).

Rejse og ophold for hver dækket rejse er dækket i overensstemmelse med de vilkår, der er anført i det følgende:

9.5.2.1 Rejseudgifter ved behandling i udlandet

For rejse uden for bopælslandet for den forsikrede samt rejsefælle (evt. to rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig) og eventuelt den levende donor ved transplantation med det ene formål at modtage behandling i udlandet som godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Al tilrettelæggelse af rejse skal være foretaget af Further, og forsikringsselskabet betaler ikke for rejse tilrettelagt af den forsikrede eller af en tredjepart på forsikredes vegne.

Further er ansvarlig for at fastsætte rejsedatoerne for hver dækket rejse på grundlag af den godkendte behandlingsplan. Den forsikrede vil få meddelelse om disse datoer i god tid for den forsikrede til at foretage den nødvendige personlige tilrettelæggelse.

Såfremt den forsikrede ændrer rejsedatoerne fra dem, som Further/forsikringsselskabet har meddelt, skal den forsikrede kompensere forsikringsselskabet og/eller Further for de udgifter, der er forbundet med at arrangere og meddele nye rejsetiltag, medmindre ændringerne er bekræftet af Further som værende nødvendige ud fra et helbredsmæssigt synspunkt.

Dækkede rejseudgifter omfatter:

- Transport fra den forsikredes faste bopæl til den anviste lufthavn eller togstation.
- Tog- eller flybillet på økonomiklasse til behandlingsbyen samt transport til det anviste hotel.
- Transport fra det anviste hotel eller hospital til den anviste lufthavn eller togstation.
- Tog- eller flybillet på økonomiklasse samt efterfølgende transport til den by, hvor den forsikrede har sin faste bopæl.

De dækkede rejseudgifter omfatter ikke generel transport mellem hotel og hospital eller behandlende læge under behandlingen i udlandet.

9.5.2.2 Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet

For ophold uden for bopælslandet for den forsikredes, rejseledsagerens (eller to ledsagere, når den forsikrede er mindreårig) og den levende transplantationsdonors vedkommende med det ene formål at modtage behandling i udlandet, der er godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Alt ophold i forbindelse med hver rejse, der er dækket af forsikringen, skal aftales med Further, og Further/forsikringsselskabet vil ikke betale for noget ophold, der er aftalt af den forsikrede eller nogen tredjepart på vegne af den forsikrede.

Further er ansvarlig for at fastsætte opholdsdatoerne for hver dækket rejse på grundlag af den godkendte behandlingsplan. Den forsikrede vil få meddelelse om disse datoer i god tid for den forsikrede til at foretage den nødvendige personlige tilrettelæggelse.

Further vil meddele en hjemkomstdato for hver dækket rejse efter aftale med den behandlende læge om, at den forsikrede er i stand til at rejse.

Såfremt den forsikrede ændrer rejsedatoerne fra dem, som Further har reserveret og meddelt, skal den forsikrede kompensere forsikringsselskabet og/eller Further for de udgifter, der er forbundet med at arrangere og meddele nye ophold, medmindre ændringerne er bekræftet af Further som værende nødvendige ud fra et helbredsmæssigt synspunkt.

Aftaler om ophold omfatter:

- Reservation af værelse med dobbeltseng eller to enkeltsenge på et tre- eller fire-stjernet hotel med morgenmad inkluderet. (Valg af hotel vil være afhængigt af ledige værelser og afstand til hospitalet eller den behandlende læge inden for en radius af 10 km).

9.5.2.3 Udgifter til hjemtransport

Såfremt den forsikrede (og/eller en levende transplantationsdonor) afgår ved døden uden for bopælslandet, mens der modtages behandling i udlandet, betaler forsikringsselskabet for hjemtransport af afdødes jordiske rester til bopælslandet.

Dækning begrænses alene til de ydelser og leveringer, der er nødvendige for at kunne forberede afdødes jordiske rester til hjemtransport til bopælslandet, herunder:

- Ydelser leveret af det begravelsesfirma, der leverer hjemtransport fra udlandet, herunder balsamering og alle administrative formaliteter.
- Kiste, der opfylder minimumskravene.
- Transport af afdødes jordiske rester fra lufthavnen til det valgte begravelsessted i bopælslandet.

9.5.3 Økonomisk dækning under behandling i udlandet

I forbindelse med behandling i udlandet godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest og for hver overnatning på et hospital eller en klinik vil forsikringsaftalen i henhold til dette Tillæg I holde den forsikrede skadesløs for daglig indlæggelse for op til nedenstående maksimumbeløb:

Dækningen for daglig indlæggelse til den forsikrede udgør DKK 750 for hver overnatning på hospitalet eller klinikken med en maksimumgrænse på 60 dage pr. krav.

Indlæggelsen skal være godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest.

9.5.4 Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

9.5.4.1 Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

Efter hjemkomst til bopælslandet fra behandling i udlandet dækker forsikringen udgifter til medicin, der er ordineret og købt i bopælslandet med forbehold for følgende betingelser og begrænsninger:

1. Medicinen er bevilget og godkendt af tilsvarende lægemyndighed eller -styrelse i bopælslandet, og ordineret og administration heraf er reguleret, og
2. Medicinen kan tilvejebringes i bopælslandet i den periode og på en sådan måde, som er nødvendig for fortsættelsen af behandlingen, og
3. Medicinen er receptpligtig i bopælslandet, og
4. Medicinen anbefales af Further efter de anbefalinger, der er givet af de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede, hvis den er nødvendig for den fortsatte behandling, og
5. Medicinen ordineres efter et hospitalsophold uden for bopælslandet på mindst 3 på hinanden følgende døgn godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest, og
6. Hver recept må ikke overskride en dosis, der svarer til 2 måneders forbrug, og
7. Alle recepter skal være udstedt før udgangen af den gældende dækningsperiode.

Når køb af medicin efter dette pkt. 9.5.4.1 foretages i bopælslandet, skal det aftales og betales direkte af den forsikrede. Forsikringsselskabet vil refundere den forsikrede mod fremvisning af recept og original faktura samt betalingsdokumentation, forudsat at pågældende fakturaer indsendes til forsikringsselskabet senest 180 dage, efter udgiften blev afholdt.

Når omkostningerne til medicin er dækket helt eller delvist af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller anden forsikring hos Dansk Sundheds sikring, vil forsikringsselskabet kun dække den del af omkostningerne, der ikke allerede er dækket og derfor skal betales direkte af den forsikrede. På refusionsanmodningen skal det tydeligt fremgå, hvilke udgifter der betales direkte af den forsikrede, og hvilke der er dækket andetsteds.

Såfremt den anbefalede medicin (eller alternativt tilsvarende medicin med lignende virkning), godkendt af Further:

- ikke er bevilget eller godkendt i bopælslandet som nævnt i ovenstående betingelse (1) eller
- ikke kan tilvejebringes eller er tilgængelig for den forsikrede i bopælslandet som nævnt i ovenstående betingelse (2), og
- alle øvrige betingelser i ovenstående betingelse (4) til (7) stadig er opfyldt, vil forsikringsaftalen også dække udgifter til medicin uden for bopælslandet.

I sådanne tilfælde vil Further sørge for de nødvendige aftaler om rejse og ophold på de vilkår, der fremgår af afsnit 9.5.2, for den forsikrede og de(n) udpegede rejsefælle(r).

Medicindgifter dækkes af dette afsnit 9.5.4 op til en maksimumgrænse på DKK 375.000 pr. forsikret i den periode, Tillæg I er gældende.

9.5.4.2 Opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet

I denne forsikringsaftale defineres opfølgende pleje som enhver ydelse, som omfatter diagnostisk undersøgelse og/eller overvågning/kontrol (af speciallæge i forhold til den behandlede sygdom) efter behandling i udlandet, som skal afgøre, om den forsikrede lider (eller sandsynligvis vil komme til at lide) af forværring eller komplikationer efter den behandlede sygdom med det formål at forhindre tilbagefald eller genopståen af samme sygdom.

Efter hjemkomst til bopælslandet efter afsluttet behandling i udlandet dækker forsikringen de udgifter, der opstår i forbindelse med opfølgende pleje i bopælslandet med forbehold af følgende betingelser og begrænsninger:

1. Den opfølgende pleje er udført på et af de af Further udvalgte hospitaler, og
2. Den opfølgende pleje kan tilvejebringes i bopælslandet i den periode og på en sådan måde, som er nødvendig for den løbende kontrol, og
3. Den opfølgende pleje udføres på anbefaling fra de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede og finder den nødvendig for den løbende kontrol og overvågning, og
4. Fakturaer vedrørende den opfølgende pleje udstedes før udgangen af den gældende dækningsperiode.

Når den opfølgende pleje jf. afsnit 9.5.4.2 udføres i bopælslandet, skal den aftales og betales direkte af den forsikrede i bopælslandet. Forsikringsselskabet vil refundere den forsikrede mod fremvisning af original faktura og betalingsdokumentation, forudsat at pågældende fakturaer indsendes til forsikringsselskabet senest 180 dage, efter udgiften blev afholdt.

Såfremt de læger, der er ansvarlige for den opfølgende pleje i bopælslandet, tilkendegiver, efter at have fulgt udviklingen i den forsikredes helbred, at der er behov for at arbejde ud fra andre retningslinjer for opfølgende pleje end dem, der oprindeligt blev fastsat af den udenlandske læge, vil Further meddele disse til den udenlandske læge, som evt. skal godkende og bekræfte refusion af sådanne udgifter efter de nye godkendte retningslinjer.

Når omkostningerne til opfølgende pleje er dækket helt eller delvist af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller anden forsikring hos Dansk Sundheds sikring, vil forsikringsselskabet kun dække den del af omkostningerne, der ikke allerede er dækket og derfor skal betales direkte af den forsikrede. På refusionsanmodningen skal det tydeligt fremgå, hvilke udgifter der betales direkte af den forsikrede, og hvilke der er dækket andetsteds.

På den forsikredes foranledning, og forudsat at betingelse (3) og (4) stadig overholdes, kan Further også godkende og aftale opfølgende pleje uden for bopælslandet. I så fald:

- Vil den opfølgende pleje blive udført af de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede – eller af pågældendes lægehold.

- Vil forsikrings-selskabet påtage sig behandlingsudgifterne for disse konsultationer og diagnostiske undersøgelser.
- Vil Further sørge for de nødvendige aftaler om rejse og ophold på de vilkår, der fremgår af afsnit 9.5.2, for den forsikrede og de(n) udpegede rejsefælle(r).

9.6 Hvad forsikringen ikke dækker

Dækning i henhold til dette Tillæg I omfatter ikke undersøgelse, behandling og andre udgifter i forbindelse med:

- Akut behandling og akutte situationer, som kræver hurtig assistance og ikke kan afvente planlagt behandling i udlandet.
- Forebyggende undersøgelser, helbredsundersøgelser forud for mistanke om en sygdom og anden forebyggende kontrol, herunder operation af profylaktiske årsager.
- Kosmetiske behandlinger og operationer samt følger heraf, med undtagelse af brystrekonstruktion efter mastektomioperation, som denne forsikringsaftale har aftalt og betalt i henhold til Tillæg I.
- Følgesygdomme af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med forsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed.
- Et krav, hvor den forsikrede forud for, under eller efter Further's skadesopgørelse:
 - ikke har fulgt den behandlende læges råd, ordinationer eller fastlagte behandlingsplan eller
 - nægter at modtage nogen form for medicinsk behandling eller undergå yderligere diagnostisk analyse eller undersøgelser, som måtte være nødvendige for at stille en endelig diagnose eller fastlægge en behandlingsplan.
- Medicinsk behandling, der omfatter genterapi, somatisk celleterapi, vævsdannet produktterapi – med undtagelse af CAR-T-celleterapi.
- Eksperimentel behandling såvel som diagnostiske, terapeutiske og/eller kirurgiske procedurer, hvis sikkerhed og pålidelighed ikke har vundet bred anerkendelse i den internationale forskningsverden som sikker, effektiv og egnet til den pågældende sygdom, eller som indgår i et stadie af kliniske forsøg – med undtagelse af godkendte krav vedrørende en off-label-tilgang som anbefalet i den kliniske ekspertrapport eller i ekspertvurderingen.
- Behandlingsformer, der er påkrævet som følge af AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), HIV (Human Immunodeficiency Virus) eller eventuelle følgevirkninger herfra (herunder Kaposi's sarkom) eller anden behandling af AIDS eller HIV.

- Enhver sundhedsydelse eller -udstyr, der ikke er medicinsk nødvendigt.
- Enhver sygdom eller lidelse forårsaget af den behandling, der er aftalt og betalt for under dette Tillæg I – med undtagelse af de tilfælde, hvor pågældende sygdom eller lidelse er en dækket sygdom.
- Behandling af langvarige bivirkninger, lindring af kroniske symptomer eller genoptræning, (herunder for eksempel fysioterapi, mobilitetstræning samt sprog- og taleterapi).
- I forhold til medicinudgifter (afsnit 9.5.4.1) gælder følgende undtagelser:
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedsikring.
 - Omkostninger vedrørende administration af medicin i bopælslandet.
 - Udgifter til køb af medicin uden for bopælslandet, medmindre de udtrykkeligt er godkendt af Further/forsikringselskabet.
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringselskabet med henblik på refusion senere end 180 dage, efter udgiften blev afholdt.
- I forhold til udgifter til opfølgende pleje (afsnit 9.5.4.2) gælder følgende undtagelser:
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedsikring.
 - Udgifter, der afholdes i strid med de af Further fastsatte retningslinjer.
 - Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt af Further.
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringselskabet med henblik på refusion senere end 180 dage, efter udgiften blev afholdt.
- Medicinsk behandling med en behandlingslinje, der involverer en transplantation – med undtagelse af knoglemarvstransplantation (BMT) eller transplantation af perifere blodstamceller (PBSCT) fra knoglemarvsceller til den forsikrede, som stammer fra:
 - Den forsikrede (autolog knoglemarvstransplantation) eller
 - En levende kompatibel donor (allogen knoglemarvstransplantation).

Bemærk, at hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HCT) ved brug af navlestrengsblod er undtaget.

- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse, levering eller ordination af en hvilken som helst art i bopælslandet – med undtagelse af
 - de medicinudgifter, der er dækket i bopælslandet, afsnit 9.5.4.1
 - udgifter vedrørende opfølgende pleje dækket i bopælslandet, afsnit 9.5.4.2.
- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse levering eller ordination af en hvilken som helst art i hele verden, når den forsikrede på tidspunktet for den pågældende skadesanmeldelse ikke kan betragtes som værende permanent/retmæssigt bosiddende i enten Danmark, Tyskland, Sverige eller Norge.
- Udgifter, der afholdes uden for den gældende dækningsperiode – med undtagelse af de i afsnit 9.4.7 nævnte forhold.
- Udgifter, der afholdes inden udstedelse af den indledende lægeattest.
- Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt eller nævnt i den indledende lægeattest.

- Udgifter, der afholdes i strid med afsnit 9.4.
- Udgifter, der afholdes til indlæggelsesydelse, kursteder, naturbehandlingssteder, hjemmesundhedspleje eller ydelser leveret på et rekreationscenter eller -institution, hospice eller plejehjem for ældre, selv hvis sådanne ydelser er påkrævede eller nødvendige som følge af en dækket sygdom eller behandling.
- Udgifter, der afholdes til køb (eller leje) af enhver form for protese eller ortopædisk anordning, korset, bandage, krykke, kunstigt led eller organ, paryk (selv når brugen heraf skønnes nødvendig under behandling med kemoterapi), ortopædisk fodtøj, tandprotese, brokbind og andet lignende udstyr eller genstand – med undtagelse af brystproteser efter mastektomi, der skønnes nødvendig efter et kirurgisk indgreb, der er aftalt og betalt for under dette Tillæg I.
- Udgifter, der afholdes til køb eller leje af kørestol, specialseng, klimaanlægsapparat, luftrensere og andre lignende genstande eller udstyr.
- Medicin, der ikke er udleveret fra et certificeret apotek, eller som kan købes i håndkøb.
- Udgifter, der er afholdt for brug af alternativ medicin, selv når det er ordineret af en læge.
- Udgifter, der er afholdt for lægetilsyn eller indlæggelse i tilfælde af kognitive forstyrrelser, senilitet eller nedsættelse af hjernens funktion, uanset sygdommens udviklingsstadium.
- Honorar til tolk, telefon og andre udgifter til personligt behov, eller som ikke vedrører lægebehandling, eller til andre ydelser, der leveres til familie eller øvrige ledsagere.
- Udgifter, der afholdes af forsikrede eller pårørende eller øvrige ledsagere – med undtagelse af dem, der udtrykkeligt dækkes af forsikringen.
- Behandlingsudgifter, der ikke er sædvanlige og rimelige i pris.
- Alle udgifter vedrørende ophold og transport, der er arrangeret af den forsikrede, rejseledsageren eller en levende donor.

Dækning i henhold til dette Tillæg I omfatter ikke behandling af **allerede eksisterende sygdomme** under visse omstændigheder.

Dækning i henhold til dette Tillæg I tilføjes forsikringsaftalen på den dato, hvor forsikringsaftalen udstedes eller fornyes den 1. januar 2024 eller senere.

- Forsikrede, som er dækket på datoen, hvor dette Tillæg I træder i kraft, er dækket for **allerede eksisterende sygdomme**.
- Forsikrede, som obligatorisk eller automatisk bliver tilføjet til forsikringsaftalen, efter dette Tillæg I træder i kraft, er dækket for **allerede eksisterende sygdomme**.
- Forsikrede, som frivilligt bliver tilføjet forsikringsaftalen på datoen, hvor dette Tillæg I træder i kraft eller senere, er ikke dækket for **allerede eksisterende sygdomme**. Inkluderingen af den forsikrede er betinget af, at hver enkelt person udfylder en ansvarsfraskrivelse, der anerkender denne begrænsning af dækningen.

9.7 Særlige bestemmelser

De generelle bestemmelser gælder for dækning i henhold til dette Tillæg I, medmindre en særlig bestemmelse er angivet nedenfor:

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen ophører, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye krav.

Hvis den forsikrede er indlagt på hospital eller er under behandling på et hospital i henhold til vilkårene i den indledende lægeattest ved forsikringens ophør, vil dækningen fortsætte baseret på vilkårene i denne sidste indledende lægeattest i en periode på 3 måneder efter forsikringens ophør eller den næste planlagte tilbagevenden til bopælslandet, alt efter hvad der indtræffer først.