

Undersøgelse og behandling i udlandet

Cancer Care

Tillæg 1: Personlig medicin og kræftbehandling i udlandet

Indholdsfortegnelse

9.	Tillæg 1: Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care	4
9.1	Hvem er dækket af tillæg 1?	6
9.2	Hvad dækker tillæg 1?	6
9.2.1	Tilgængelige ydelser i henhold til dette tillæg 1	6
9.2.2	Præcisionsmedicinsk service	7
9.2.2.1	Dækkede medicinske scenarier for personaliseret medicin	7
9.2.2.2	Dækkede tests	7
9.2.2.3	Begrænsninger	8
9.2.3	Kræftbehandling	9
9.3	Brug af den forsikringsdækning, der tilbydes i henhold til dette tillæg 1	10
9.4	Procedure for skadesanmeldelse	12
9.4.1	Anmeldelse af krav	12
9.4.2	Oplysningspligt	12
9.4.3	Den forsikredes forpligtelser	12
9.4.4	Levering af den præcisionsmedicinske service	13
9.4.5	Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling	15
9.4.6	Behandling i udlandet: foreløbig lægeattest	15
9.4.7	Den gældende dækningsperiode	16
9.4.8	Hjemkomst fra behandling i udlandet	16
9.4.9	Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet	17
9.4.10	Samarbejdspartnere	17

9.5	Dækning	18
9.5.1	Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet	18
9.5.2	Dækkede ikke-behandlingsrelaterede udgifter under behandling i udlandet	19
9.5.2.1	Rejseudgifter ved behandling i udlandet	20
9.5.2.2	Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet	20
9.5.2.3	Udgifter til hjemtransport	21
9.5.3	Økonomisk godtgørelse under behandling i udlandet	21
9.5.4	Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	22
9.5.4.1	Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	22
9.5.4.2	Opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet	23
9.6	Hvad forsikringen ikke dækker	24
9.7	Særlige bestemmelser	27

9. Tillæg 1: Undersøgelse og behandling i udlandet – Cancer Care

Dækning i henhold til dette tillæg 1 gælder i den i tillægget angivne forsikringstid.

Definition af nogle af de begreber, der anvendes i forsikringsbetingelserne:

Forsikringstiden i henhold til tillæg 1

Forsikringstiden i henhold til dette tillæg 1 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, S.L.U. – 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 på datoen for den første rejse til udlandet, der aftales og betales af forsikringen i henhold til dette tillæg 1 og efter godkendelse. Den gældende dækningsperiode er den periode, hvori forsikringsdækningen i henhold til dette tillæg 1 kan udbetales for alle godkendte krav i henhold til dette tillæg 1.

Forsikringssum

Forsikringssummen, der gælder for al dækning i forbindelse med kræftbehandling i udlandet, som nævnt i afsnit 9.5 "Dækning", 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

Lægemidler til somatisk celleterapi: Disse indeholder celler eller væv, der er blevet manipuleret til at ændre deres biologiske egenskaber, eller de indeholder celler eller væv, der ikke er beregnet til at blive anvendt til de samme væsentlige funktioner i kroppen. De kan anvendes til at helbrede, diagnosticere eller forebygge sygdomme.

Lægemidler fremstillet ud fra manipuleret væv: Disse indeholder celler eller væv, der er blevet modificeret, så de kan anvendes til at reparere, regenerere eller erstatte menneskeligt væv.

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

CAR-T-celleterapi (T-celleterapi med kimærisk antigenreceptor): 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 en kimærisk antigenreceptor (CAR). Et stort antal CAR-T-celler dyrkes i laboratoriet og gives til patienten ved infusion.

Kognitive lidelser: lidelser, som svækker individets kognitive funktioner i en sådan grad, at det er umuligt at fungere normalt i samfundet uden behandling – som defineret i den seneste udgave af det amerikanske diagnosesystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

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 de forskellige 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, og 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 skal udarbejdes 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, og hvor der foreligger en diagnose stillet af en autoriseret læge. Som sygdom anses enhver skade og påvirkning, der opstår som følge af den samme diagnose, samt enhver lidelse opstået af den samme eller en relateret årsag. Hvis en lidelse skyldes den 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 nødvendig: sundhedsydelse eller -produkter, som den forsikrede er henvist til med henblik på 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 helbredsmæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som, hvad angår type, hyppighed og varighed, er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til offentliggjort fagfællebedømt medicinsk litteratur. Sådanne sundhedsydelser eller -produkter 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 sundhedsydelser eller -produkter, fastslår ikke nødvendigvis alene, at ydelsen eller leveringen er medicinsk nødvendig i henhold til dette tillæg 1.

Foreløbig lægeattest: en skriftlig godkendelse, der er udstedt af Further og/eller forsikrings-selskabet, og som indeholder en bekræftelse af dækningen i henhold til dette tillæg 1, før behandlingen i udlandet kan udføres på det anviste hospital, for alle behandlinger, ydelser, produkter eller recepter i forbindelse med en skade.

Allerede eksisterende sygdom: enhver sygdom eller lidelse 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 1.

Eksklusionsperiode: en periode på 90 dage regnet fra den forsikredes ikrafttrædelsesdato i henhold til dette tillæg 1.

Protese: en anordning, som erstatter et organ helt eller delvist eller erstatter funktionen af en kropsdel, der ikke fungerer eller kan opereres, helt eller delvist.

Rekonstruktionskirurgi: en procedure, der har til formål at genopbygge en struktur for at korrigere for dennes mistede funktion.

9.1 Hvem er dækket af tillæg 1?

Dækning i henhold til dette tillæg 1 er tilgængelig for enhver forsikret, der er omfattet af forsikringsaftalen fra forsikringens ikrafttrædelses-/fornyelsesdato.

For forsikrede, der tilføjes til dækningen af denne forsikringsaftale på obligatorisk/automatisk basis efter ikrafttrædelses-/fornyelsesdatoen, træder dækningen i henhold til dette tillæg 1 i kraft på den dato, hvor de inkluderes i aftalen.

Frivillige tilføjelser til forsikringsaftalen, der træder i kraft den 1. marts 2024 eller senere, vil blive omfattet af visse dækningsundtagelser vedrørende allerede eksisterende sygdomme og gældende eksklusionsperiode, som angivet i afsnit 9.6.

Karensbestemmelser for dette tillæg 1

Der er ingen karensperiode i henhold til dette tillæg 1.

9.2 Hvad dækker tillæg 1?

Formålet med dette tillæg 1 er at dække kræftbehandling uden for Danmark og bopælslandet (hvis den forsikrede er bosiddende i Norge, Sverige eller Tyskland) med henblik på at forbedre den forsikredes sygdomstilstand, hvis den optimale behandling ikke er tilgængelig i Danmark, i form af 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 behandling som følge af et dækket medicinsk resultat.

9.2.1 Tilgængelige ydelser i henhold til dette tillæg 1

- **Medicinsk concierge-ordning:** I forbindelse med et godkendt krav vil den medicinske concierge-ordning sørge for alle detaljer vedrørende den forsikredes medicinske behandling. Dette omfatter et samlet overblik over sagen og hjælp til at planlægge rejse og ophold for den forsikrede og en eventuel godkendt ledsager.

- **Præcisionsmedicinsk service:** I tilfælde af visse kræftdiagnoser, der anerkendes som dækkede medicinske scenarier, indebærer denne service, at der arrangeres en molekylær profilanalyse med henblik på 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), fortolkning af laboratorieresultater af verdens førende eksperter og en præcis klinisk ekspertrapport, der resulterer i en personlig kræftbehandlingsplan, der er specifik for hver forsikredes 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, når følgende betingelser er opfyldt:

1. Den forsikrede modtager aktivt kræftbehandling eller har modtaget en skriftlig indstilling til øjeblikkelig kræftbehandling.
2. Kræftdiagnosen er klassificeret som stadie I, II, III eller IV.
3. For **somatisk testning** (se nedenstående afsnit 9.2.2.2 "Dækkede tests") er egnet testmateriale tilgængeligt i form af en biopsiprøve med et tilstrækkeligt antal tumorceller. Hvis prøven 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 den kræftdiagnose, der er genstand for anmodningen: **somatisk test** og **kimlinjetest**.

1. For kræftdiagnoser i tidlige stadier (klassificeret som stadie I eller II) vil den præcisionsmedicinske service omfatte aftale om en genetisk test for arvelig kræftirisiko, hvis det ifølge en ekspert inden for dette medicinske område udpeget af Further anses for at være klinisk relevant – **kimlinjetest**.
2. For kræftdiagnoser klassificeret i henhold til et af følgende kriterier omfatter den præcisionsmedicinske service en aftale om en omfattende genomisk test – **somatisk test**:
 - Kræft, der ikke reagerer på første behandling (som bekræftet af den behandlende onkolog)
 - Kræft i fremskredent stadie (stadie III eller IV)
 - Kræft af ukendt primær oprindelse (fravær af en klart påviselig primær tumor)
 - Sjældne former for kræft (*).

(*) Kræftformer med en incidens på < 6/100.000 inkluderet på listen Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARE), der er offentliggjort på hjemmesiden rarecarenet.eu.

Kimlinjetest

- En **kimlinjetest** er en type gentest, der leder efter arvelige mutationer, som findes i alle kroppens celler, og som har været til stede siden fødslen.
- Formålet med en kimlinjetest er at identificere arvelige dispositioner for visse typer kræft hos patienten. Resultaterne fra en kimlinjetest af arvemassen kan bidrage med oplysninger til kræftbehandlingen ved at identificere patienter med arvelige bidrag, der påvirker kræftbehandlingen og den fremtidige kræftisiko for andre primære sygdomme. Denne analyse kan være relevant for patientens familiemedlemmer, som kan have arvet de samme mutationer.
- Testen udføres ved at analysere en prøve i form af en kindpodning, spytp prøve eller blodprøve.

Somatisk test

- En **somatisk test** er en form for genetisk test, der leder efter erhvervede mutationer i en afgrænset mængde af celler eller væv.
- Formålet med en somatisk test er at finde markører, der kan påvirke behandlingsbeslutninger.
- 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 **kimlinjetest** eller **somatiske** test blive udført på grundlag af de kvalificerende kriterier, som tidligere er 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 (ICD står for International Classification of Diseases), der er tildelt den pågældende kræfttype. Derfor kan servicen rekvireres (igen) for en separat og ikke-relateret kræfttype, der er diagnosticeret under en anden ICD-kode.
- b. I tilfælde af at en specifik kræftdiagnose i et tidligt stadie, der kun er undersøgt ved hjælp af 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.
- c. Den præcisionsmedicinske service tilbydes ikke for en allerede eksisterende sygdom eller en sygdom, der er til stede i eksklusionsperioden (se afsnit 9.6).
- d. Aktivering (og genaktivering som nævnt i punkt b) af den præcisionsmedicinske service skal ske, mens forsikringsaftalen er aktiv og til fulde betalt.

9.2.3 Kræftbehandling

Behandlingsforløb

Behandlingen af kræft er organiseret og ydes gennem flere på hinanden følgende behandlinger. Efter diagnosticering af kræftsygdommen vil den behandlende læge koordinere "den første behandling" (også kendt som den indledende behandling). Denne første behandling forventes at give den største hjælp 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 behandling. Efterhånden som sygdommen skrider frem, kan det desuden blive nødvendigt at gå videre til en tredje behandling eller yderligere behandlinger.

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

Medicinske resultater, herunder nøglemedicin

Forsikringen vil betragte enhver anbefaling i den kliniske ekspertrapport eller ekspertvurderingen af en behandling, der inkluderer nøglemedicin, som et dækket medicinsk resultat. 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 and Drug Administration (FDA) eller Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA).
2. Ikke er opført som "markedsført" i Danmark af Lægemiddelstyrelsen til behandling af den kræftform, som skadesanmeldelsen vedrører.

Dækningen i henhold til dette tillæg 1 omfatter aftale om og betaling for den specifikke behandling – der omfatter nøglemedicin – uden for Danmark (og Tyskland, Norge og Sverige for forsikrede, der er bosiddende i disse lande). Dækningen vil blive givet i henhold til en "on-label"- eller "off-label"-tilgang.

- **On-label-tilgang:** planlægning af behandlingen, 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:** planlægning af behandlingen, 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 om 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 behandling 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 1

Nedenstående betingelser gælder for alle dækninger, der tilbydes i henhold til dette tillæg 1, men de nærmere regler og undtagelser er beskrevet i de enkelte dækninger. Vi anbefaler derfor, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

Forsikringsaftalen giver dækning til den forsikrede i henhold til dette tillæg 1, når alle følgende betingelser er opfyldt:

- En anmeldelse godkendes, når den er vurderet af den præcisionsmedicinske service i henhold til den "procedure for skadesanmeldelse", som er beskrevet i afsnit 9.4.
- Den medicinske behandling er aftalt og betalt i henhold til dette tillæg 1 for en behandlingsplan, der betragtes som en dækket behandling 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 1, udføres i løbet af den gældende dækningsperiode. Den gældende dækningsperiode varer 36 måneder og begynder på datoen for den første rejse for at modtage behandling i udlandet, der er arrangeret og betalt af denne forsikring.
- Behandlingen skal være medicinsk nødvendig og forventeligt kunne helbrede lidelsen eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden. Behandlinger af forebyggende karakter er ikke dækket. Vi anser medicinsk nødvendig behandling for at omfatte alle sundhedsydelser eller -produkter, 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.
 - Er anerkendt som egnede til at forbedre de helbredsmæssige resultater ifølge behandlingsplaner, som, hvad angår type, hyppighed og varighed, er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til offentliggjort fagfællebedømt medicinsk litteratur (som f.eks. findes i PubMed) eller videnskabeligt baserede retningslinjer i USA, Storbritannien eller Europa (særligt anvendes NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology).
 - Er omkostningseffektive sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater, herunder ingen behandling.
 - Er nødvendige af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed.

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

- Udgifterne og den økonomiske godtgørelse skal ligge inden for den forsikringssum og de grænser, der er angivet i dette tillæg 1. 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 for behandling i udlandet, og betalingen foregår direkte mellem behandlingsstedet i udlandet og os.

- Behandlingen skal tilrettelægges af Further i overensstemmelse med den "procedure for skadesanmeldelse", som fremgår af afsnit 9.4.
- Udgifterne til lægebehandling skal være opstået uden for Danmark (og Tyskland, Norge og Sverige for forsikrede, der er bosiddende i disse lande) – med undtagelse af:
 - Udgifter til medicin, der dækkes i henhold til afsnit 9.5.4.1
 - Udgifter til opfølgende behandling, der dækkes i henhold til afsnit 9.5.4.2.
- Udgifter til diagnostiske og/eller medicinske procedurer, behandlinger, ydelser, produkter eller recepter skal være dækket i henhold til dette tillæg 1 som anført i afsnit 9.5.
- Vi skal altid godkende al undersøgelse og behandling, inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke påbegynder behandling i udlandet uden forudgående skriftlig godkendelse via den foreløbige lægeattest, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, som du har aftalt med os.
- Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af en sygdom/skade, der opstår under rejse eller ophold i udlandet, og som ikke har relation til den kræftbehandling, der er genstand for anmeldelsen. Der henvises til afsnit 9.5.1 for en nærmere beskrivelse af komplikationer eller bivirkninger.
- Forsikringen dækker ikke undersøgelser/behandlinger, 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 1, dækkes muligvis ikke. Der henvises til afsnit 9.6 for en nærmere beskrivelse af dækningen for allerede eksisterende sygdomme.
- Behandling af sygdomme, der er til stede i eksklusionsperioden, er muligvis ikke dækket. Der henvises til afsnit 9.6 for en afklaring af dækningen i henhold til eksklusionsperioden.

9.4 Procedure for skadesanmeldelse

Før den forsikrede eller en af denne bemyndiget person modtager behandling, ydelser, produkter eller lægeordination i forbindelse med en godkendt anmeldelse, skal vedkommende overholde følgende procedure:

9.4.1 Anmeldelse af krav

Krav skal altid anmeldes i forsikringstiden for tillæg 1. 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 fra læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi finder nødvendige, herunder få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden 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 efter behørigt samtykke 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 det mulige krav blev anmeldt.

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: Modtagelse af oplysninger

En anmodning om den præcisionsmedicinske service kan placeres via den onlineportal, der vil være tilgængelig for den forsikrede, og 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 biologiske prøver, behandlingsforløb modtaget til dato osv.), samt gennemføre en mangelanalyse og udarbejde en handlingsplan. Den forsikrede vil gennem hele processen blive støttet 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.

- **Kimlinjetest**

Ved 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, om en **kimlinjetest** er klinisk egnet i overensstemmelse med de accepterede retningslinjer for arvelig kræftisiko, 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 1.
 - 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 den kræver den testede persons samtykke.

I tilfælde af et positivt resultat af **kimlinjetesten** vil hvert tilfælde blive vurderet af en genetisk rådgiver, som vil udarbejde en rapport om best practice. 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 oplysningerne.

- **Somatisk test**

For kræftdiagnoser, der berettiger til en somatisk test, vil testen blive aftalt og betalt i henhold til dette tillæg 1. 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 1.

Laboratoriet udfører den omfattende genetiske test, herunder en teknisk gennemgang og en rapport om den genetiske profil for personen og/eller dennes kræftsygdom, og omkostningerne betales fuldt ud i henhold til dette tillæg 1. Det anbefales, 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 af **kimlinjetestning** vil et medicinsk ekspertudvalg bestående af et panel af specialister i onkologi, genetik og patologi, udvalgt af Further, blive antaget til at udarbejde 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 den genetiske test, 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 en **somatisk test** vil rapporten også indeholde overvejelser om potentielle kimlinjemutationer og arvelige kræftformer (hvis relevant) og om, hvorvidt en **kimlinjetest** er klinisk hensigtsmæssig i overensstemmelse med de accepterede retningslinjer for arvelig kræfttrisiko. I tilfælde af at en kimlinjetest anses for klinisk hensigtsmæssig, vil dette tillæg 1 dække planlægning af og betaling for kimlinjetesten 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 en somatisk test 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 kimlinjetesten giver et positivt resultat for et relevant arveligt gen hos den forsikrede, vil dette tillæg 1 dække planlægning af og betaling for kimlinjetests af den forsikredes berettigede familiemedlemmer.

Bemærk, at "berettigede familiemedlemmer" er biologiske søskende til 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 ekspertvurdering, der er en følge af den præcisionsmedicinske service, vil Further bekræfte over for den forsikrede, om kravet er gyldigt, og om der i den medicinske ekspertrapport eller ekspertvurderingen er identificeret en dækket behandling som følge af et dækket medicinsk resultat.

I tilfælde af at den forsikrede ønsker at overveje behandling i udlandet for denne dækkede sygdom, 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 i henhold til dette tillæg 1, 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 i henhold til dette tillæg 1, 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 i henhold til dette tillæg 1, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen, som er løbet frem til udløbet af den gældende dækningsperiode. Further bekræfter således, at kravet ikke er dækningsberettiget i henhold til forsikringen.

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

9.4.6 Behandling i udlandet: foreløbig lægeattest

Ved modtagelse af den forsikredes bekræftelse af dennes beslutning 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 den medicinske concierge-ordning sørge for de nødvendige praktiske og lægelige aftaler med henblik på korrekt indlæggelse af den forsikrede, og der vil blive udstedt en foreløbig lægeattest, som alene vil gælde for det pågældende hospital.

Den medicinske concierge-ordning er en ordning, hvor Further – i forbindelse med 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 eventuel godkendt ledsager.

Listen over anbefalede hospitaler og den foreløbige 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, der er anført i den foreløbige lægeattest, senest 3 måneder efter udstedelsesdatoen, kan nye versioner af disse dokumenter blive udstedt med udgangspunkt i den forsikredes helbredstilstand på det pågældende tidspunkt.

Så længe vilkårene i den foreløbige lægeattest er opfyldt, vil forsikringsselskabet – med forbehold for de begrænsninger, undtagelser og betingelser, der fremgår af forsikringen – i henhold til forsikringsdækningen påtage sig de behandlingsudgifter, der er dækket, og de nødvendige udgifter til rejse og ophold.

I tilfælde af at den/de internationale læge(r), der er ansvarlig(e) for behandlingen i udlandet, beslutter at afbryde den dækkede behandling, herunder nøglemedicinen, til fordel for en alternativ behandling, vil forsikringsaftalen i henhold til dette tillæg 1 fortsat dække omkostningerne ved denne alternative behandling, forudsat at:

- En sådan ændring er medicinsk nødvendig (som vurderet i forbindelse med dette tillæg 1)
- Den nye behandling 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 1 dækker de ydelser og udgifter samt den økonomiske godtgørelse, der opstår i forbindelse med dette godkendte krav i henhold til forsikringen, i hele den gældende dækningsperiode.

Såfremt den forsikrede ved udgangen af den gældende dækningsperiode er hospitalsindlagt eller modtager behandling på et hospital i henhold til vilkårene i den foreløbige lægeattest, 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 de medicinudgifter, som fremgår af afsnit 9.5.4.1
- Dækning af de 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

Når den forsikrede er kommet hjem til bopælslandet, efter at behandlingsplanen er endeligt afsluttet, kan den forsikredes helbredstilstand være afgørende for, om en ny vurdering af yderligere medicinsk nødvendig behandling er påkrævet. 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 kræves for at forsyne Further med alle relevante diagnostiske undersøgelser og lægelige dokumenter, der er nødvendige 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 foreløbig 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 foreløbige 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, som forsikringsselskabet anser for nødvendig, i forbindelse med dennes besøg og behandling af den forsikrede, vil være undtaget fra tavshedspligt.

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

9.5 Dækning

Forsikringen dækker følgende ydelser, udgifter og økonomiske godtgørelser, 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 de forskellige dækningselementer i forsikringen:

9.5.1 Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet

Den foreløbige lægeattest er en skriftlig godkendelse udstedt af Further, som indeholder en bekræftelse af dækningen i henhold til forsikringsaftalen af behandlinger, ydelser, produkter og recepter i forbindelse med et krav, før behandlingen i udlandet kan udføres på det anviste hospital.

Forsikringen betaler følgende behandlingsudgifter ved behandling i udlandet, hvis de opstår i forbindelse med den medicinske nødvendige dækkede behandling i overensstemmelse med de vilkår, der fremgår af den foreløbige lægeattest:

1. På et hospital:
 - Ophold, måltider og generel pleje ydet under den forsikredes ophold på en stue eller afdeling på hospitalet eller på en intensivafdeling eller overvågningsenhed
 - Andre hospitalsydelser, herunder dem, der ydes af hospitalets ambulante afdelinger (herunder tolkebistand), 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 dertil hørende ydelser.
2. På en klinik eller et uafhængigt sundhedscenter – dog kun hvis behandlingen, operationen eller recepten ville være dækket af forsikringen, hvis ydelsen var leveret af et hospital.
3. Læge i forbindelse med undersøgelse, behandling eller kirurgi.
4. Lægebesøg under indlæggelse.
5. Ydelser, behandlinger og recepter:
 - Bedøvelse og håndtering af bedøvelse, såfremt dette udføres af en certificeret anæstesi-læge.
 - 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, såfremt disse udføres af en læge eller under lægeligt opsyn.
 - Blodtransfusion, modtagelse af plasma eller serum.
 - Udgifter forbundet med anvendelsen af ilt, intravenøse opløsninger og indsprøjtninger.

- Strålebehandling: Højenergi-stråler, der får svulster til at skrumpes og slår kræftceller ihjel ved brug af røntgenstråler, gammastråler og ladede partikler, er former for stråler, der anvendes i kræftbehandling – enten 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 tilrettelagt og betalt for, og som:
 1. Kræver øjeblikkelig behandling på hospital eller klinik
 2. Kræver behandling, før den forsikrede erklæres helbredsmæssigt i stand til at rejse tilbage til bopælslandet efter afslutningen af behandlingen i udlandet.
- 6. Medicin, der anvendes efter at være blevet ordineret, mens den forsikrede er indlagt til behandling eller undersøgelse af en dækket sygdom. Medicin, der er ordineret til postoperativ 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. Ambulancetransport til lands eller i luften, såfremt anvendelsen er anført og ordineret af en læge og forhåndsgodkendt af Further.
- 8. Ydelser og materialer i forbindelse med knoglemarvskulturer i forbindelse med vævstransplantation til den forsikrede. Der ydes kun dækning for udgifter, der er påløbet fra og med datoen for den foreløbige lægeattest.

9.5.2 Dækkede ikke-behandlingsrelaterede udgifter under behandling i udlandet

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

Tilrettelagt rejse og ophold dækkes for den forsikrede samt 1 rejsefælle (eventuelt 2 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 rejser uden for den forsikredes bopælsland er rejseudgifter dækket for 1 rejsefælle (eller 2 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 foreløbige lægeattest. Al tilrettelæggelse af rejse skal være foretaget af Further, og forsikringsselskabet betaler ikke for rejser, der er tilrettelagt af den forsikrede eller af en tredjepart på den 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 så god tid, at den forsikrede kan 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 almindelig transport mellem hotel og hospital eller behandlende læge under behandlingen i udlandet.

9.5.2.2 Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet

Opholdsudgifter er dækket for ophold uden for den forsikredes bopælsland for den forsikrede, 1 rejseledsager (eller 2 rejseledsagere, hvis den forsikrede, der skal modtage behandling, er mindreårig) og den levende donor ved transplantation med det ene formål at modtage behandling i udlandet, som er godkendt af Further/forsikringsselskabet i den foreløbige lægeattest. Alt ophold i forbindelse med den enkelte rejse, der er dækket af forsikringen, skal arrangeres af Further, og Further/forsikringsselskabet vil ikke betale for ophold, der er arrangeret af den forsikrede eller af 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 så god tid, at den forsikrede kan 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 et nyt 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 2 enkeltsove på et 3- eller 4-stjernet hotel med morgenmad inkluderet.

(Valg af hotel vil være afhængigt af ledige værelser, og afstanden til hospitalet eller den behandlende læge skal være 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 til de ydelser og produkter, der er nødvendige for at kunne forberede afdødes jordiske rester til hjemtransport til bopælslandet, herunder:

- Ydelser leveret af det begravelsesfirma, der sørger for 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 godtgørelse under behandling i udlandet

I forbindelse med behandling i udlandet godkendt af Further/forsikringsselskabet i den foreløbige lægeattest og for hver overnatning på et hospital eller en klinik vil forsikringsaftalen i henhold til dette tillæg 1 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 foreløbige 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 en tilsvarende lægemyndighed eller -styrelse i bopælslandet, og ordineret og administration heraf er reguleret.
2. Medicinen kan købes i bopælslandet i den periode og på den måde, som er nødvendig for at fortsætte behandlingen.
3. Medicinen er receptpligtig i bopælslandet.
4. Medicinen anbefales af Further i henhold til de anbefalinger, der er givet af de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede, hvis den er nødvendig for den fortsatte behandling.
5. Medicinen ordineres efter et hospitalsophold uden for bopælslandet på mindst 3 på hinanden følgende døgn godkendt af Further/forsikringselskabet i den foreløbige lægeattest.
6. Hver recept må ikke overskride en dosis, der svarer til 2 måneders forbrug.
7. Alle recepter skal være udstedt før udgangen af den gældende dækningsperiode.

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

Når omkostningerne til medicin er dækket helt eller delvist af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring, vil forsikringselskabet 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 noget tilsvarende medicin med lignende virkning), som er godkendt af Further, ikke er bevilget eller godkendt i bopælslandet som nævnt i ovenstående betingelse 1 eller ikke kan købes 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).

Medicinudgifter dækkes i henhold til dette afsnit 9.5.4.1 op til en maksimumgrænse på DKK 375.000 pr. forsikret i den periode, tillæg 1 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, og 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 den forsikredes hjemkomst til bopælslandet efter afsluttet behandling i udlandet dækker forsikringen de udgifter, der opstår i forbindelse med opfølgende pleje i bopælslandet, under forbehold af følgende betingelser og begrænsninger:

1. Den opfølgende pleje er udført på et af de af Further udvalgte hospitaler.
2. Den opfølgende pleje kan tilvejebringes i bopælslandet i den periode og på den måde, som er nødvendig for den løbende kontrol.
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.
4. Fakturaer vedrørende den opfølgende pleje udstedes før udgangen af den gældende dækningsperiode.

Når den opfølgende pleje i henhold til 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 den pågældende faktura indsendes til forsikringsselskabet, senest 180 dage efter at 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 eventuelt 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 af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring, 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 forsikringsselskabet 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 1 omfatter ikke:

- 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 1.
- Sygdomme som følge af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte er selvforskyldt på grund af beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med forsæt eller på grund af grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, selvmordsforsøg eller deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes manglende efterlevelse af 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 Furtherers skadesopgørelse ikke har fulgt den behandlende læges råd, ordinationer eller fastlagte behandlingsplan eller nægter at modtage nogen form for medicinsk behandling eller undergå yderligere diagnostiske analyser eller undersøgelser, som måtte være nødvendige for at stille en endelig diagnose eller fastlægge en behandlingsplan.
- Medicinsk behandling, der omfatter genterapi, somatisk celleterapi, vævsmanipulerede produkter – 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 behandling af 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 sarkom), eller anden behandling af aids eller hiv.
- Enhver sundhedsydelse eller ethvert sundhedsprodukt, der ikke er medicinsk nødvendigt.
- Enhver sygdom eller lidelse forårsaget af den behandling, der er aftalt og betalt for i henhold til dette tillæg 1 – med undtagelse af de tilfælde, hvor den pågældende sygdom eller lidelse er en dækket sygdom.

- Behandling af langvarige bivirkninger, lindring af kroniske symptomer eller genoptræning (herunder fysioterapi, mobilitetstræning samt sprog- og taleterapi).
- Følgende medicinudgifter (undtagelser fra afsnit 9.5.4.1):
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring
 - Omkostninger vedrørende administration af medicin i bopælslandet
 - Udgifter til køb af medicin uden for bopælslandet, medmindre de udtrykkeligt er godkendt af Further/forsikringsselskabet
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringsselskabet med henblik på refusion, senere end 180 dage efter at udgiften blev afholdt.
- Følgende udgifter til opfølgende pleje (undtagelser fra afsnit 9.5.4.2):
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring
 - 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 forsikringsselskabet med henblik på refusion, senere end 180 dage efter at udgiften blev afholdt.
- Medicinsk behandling, 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 diagnosticering, behandling, ydelser, produkter eller recepter af en hvilken som helst art i bopælslandet – med undtagelse af:
 - De medicinudgifter, der er dækket i bopælslandet, se afsnit 9.5.4.1
 - De udgifter til opfølgende behandling, der er dækket i bopælslandet, se afsnit 9.5.4.2.
- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelser, produkter eller recepter 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 foreløbige lægeattest.
- Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt eller nævnt i den foreløbige lægeattest.
- Udgifter, der afholdes i strid med afsnit 9.4.
- Udgifter, der afholdes til indlæggelsesydelse, kursteder, naturbehandlingssteder, hjemmesundhedspleje eller ydelser leveret på et rekreativcenter, hospice eller plejehjem, 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 andre lignende genstande – med undtagelse af brystproteser efter mastektomi, der skønnes nødvendige efter et kirurgisk indgreb, der er aftalt og betalt for i henhold til dette tillæg 1.
- Udgifter, der afholdes til køb eller leje af kørestol, specialseng, klimaanlæg, 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 den er ordineret af en læge.
- Udgifter, der er afholdt til 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, som ikke vedrører lægebehandling, eller 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.
- Udgifter vedrørende ophold og transport, der er arrangeret af den forsikrede, rejseledsageren eller en levende donor.

Dækning i henhold til dette tillæg 1 omfatter under visse omstændigheder ikke behandling af **allerede eksisterende sygdomme** eller **sygdomme, der var til stede i eksklusionsperioden**.

Dækning i henhold til dette tillæg 1 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 1 træder i kraft, er dækket for **allerede eksisterende sygdomme**.

- Forsikrede, som obligatorisk eller automatisk bliver tilføjet til forsikringsaftalen, efter dette tillæg 1 træder i kraft, er dækket for **allerede eksisterende sygdomme**.
- Forsikrede, som frivilligt bliver tilføjet til forsikringsaftalen på datoen, hvor dette tillæg 1 træder i kraft, eller senere, er ikke dækket for **allerede eksisterende sygdomme**.
- For enhver forsikret, der frivilligt tilføjes til forsikringsaftalen den 1. marts 2024 eller herefter, ydes der heller ikke dækning for nogen sygdom eller medicinsk tilstand, som er blevet rapporteret, diagnosticeret eller behandlet, eller som har vist de første relaterede medicinske dokumenterede symptomer eller fund i løbet af **eksklusionsperioden**.

9.7 Særlige bestemmelser

De generelle bestemmelser gælder for dækning i henhold til dette tillæg 1, 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 et hospital eller er under behandling på et hospital i henhold til vilkårene i den foreløbige lægeattest ved forsikringens ophør, vil dækningen fortsætte baseret på vilkårene i denne sidste foreløbige lægeattest i en periode på 3 måneder efter forsikringens ophør eller den næste planlagte tilbagevenden til bopælslandet, alt efter hvad der indtræffer først.