

**Betingelser**

# **Sundhedsordning**

**Arbejdsrelateret dækning**

## Indholdsfortegnelse

---

<b>1.</b>	<b>Aftalegrundlag</b>	<b>4</b>
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	5
1.2	Hvad dækker forsikringen?	5
<b>2</b>	<b>Hvem er dækket af forsikringen?</b>	<b>6</b>
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	6
<b>3.</b>	<b>Hvor dækker forsikringen?</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Brug af forsikringen</b>	<b>6</b>
4.1	Behandling skal godkendes	6
4.2	Akut behandling er ikke dækket	6
4.3	Rejser og udlandsophold	7
4.4	Udeblivelse fra behandling	7
4.5	Igangværende og planlagt behandling	7
4.6	Udgifter til behandling	7
4.7	Valg af behandler og behandlingsmetode	7
4.8	Anmeldelse af skade	8
<b>5.</b>	<b>Dækninger på sundhedsordningen</b>	<b>9</b>
5.1	Behandling af gener og lidelser i bevægeapparatet	9
5.2	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	11
5.3	Graviditetsrådgivning	12
5.4	Mental sundhedsapp og mindfulness til børn, unge og forældre	13
5.5	Digital ADHD-/ADD-vejledning	13
5.6	Telefonisk psykologhjælp	13
5.7	Akut krisehjælp	13

---

<b>6.</b>	<b>Hvad forsikringen ikke dækker</b>	<b>14</b>
<b>7.</b>	<b>Generelle bestemmelser</b>	<b>15</b>
7.1	Forsikringens varighed	15
7.2	Forsikringssum	15
7.3	Betaling af forsikringen	15
7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	16
7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	17
7.6	Oplysningspligt	17
7.7	Behandling af personoplysninger	18
7.8	Behandling af helbredsoplysninger	18
7.9	Urigtige oplysninger	19
7.10	Forældelse	19
7.11	Klagemuligheder	19
7.12	Hvis du vil vide mere	19

## 1. Aftalegrundlag

---

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

Forsikringen er oprettet i Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt "Dansk Sundhedssikring".

Den samlede aftale om forsikring hos Dansk Sundhedssikring A/S omfatter forsikringsaftalen (policen), eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne knyttet til forsikringsaftalen. For forsikringen gælder i øvrigt dansk lovgivning, herunder lov om forsikringsaftaler, lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed.

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den virksomhed, forening eller organisation, der står som forsikringstager i policen.

Forsikringsbetingelserne supplerer aftalen. Særlige bestemmelser og eventuelle afvigelser fra disse forsikringsbetingelser skal fremgå af forsikringsaftalen.

Forsikringstager har pligt til at informere sine medarbejdere/medlemmer om, hvad forsikringen omfatter, hvilket fremgår af forsikringsaftalen med eventuelle tillæg.

Forsikringen lever op til kravene i overenskomster defineret i PensionDanmark-sundhedsordningen, når dækningen for både arbejde og fritid er tegnet.

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

### **Selskabet**

Herved forstås Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, i betingelserne benævnt "Dansk Sundhedssikring", "vi" eller "os".

### **Forsikringstiden**

Forsikringstiden er perioden, fra forsikringen træder i kraft, og frem til den ophører, uanset årsagen til dette.

### **Forsikringstager**

Den person eller den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

### **Forsikrede**

Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte refereret til med "du", "dig" eller "din".

### **Bevægeapparatet**

Ved bevægeapparatet menes i disse forsikringsbetingelser de store muskelgrupper og sener i ryg, nakke, skuldre, albuer, håndled, hofter, knæ og fodled.

### **Almen fysioterapi**

Almindelig fysioterapi (speciale 51), jf. praksisoverenskomsten for fysioterapi.

## **Almen kiropraktik**

Almindelig kiropraktik (speciale 53), jf. praksisoverenskomsten for kiropraktik.

## **Netværk**

Vores behandlernetværk i form af et netværk af leverandører og behandlere, som vi har indgået en aftale med.

### **1.1 Hvornår gælder forsikringen?**

Forsikringen gælder i forsikringstiden. Forsikringen træder i kraft på det tidspunkt, der er aftalt mellem forsikringstager og Dansk Sundhedssikring.

### **1.2 Hvad dækker forsikringen?**

Vi tilbyder sundhedsordning og sundhedsrådgivning med en bred vifte af inhouse sundhedsfaglige kompetencer og sundhedsydelse hos ét samlet sundhedshus.

Sundhedsfagligt personale guider til den rette hjælp, rådgivning eller behandling og er klar til at hjælpe med alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også dem, som forsikringen ikke dækker.

Sundhedsteamet hjælper med rådgivning og behandling ud fra den nyeste sundhedsfaglige og evidensbaserede viden og erfaring, f.eks. ved vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

## **Arbejdsrelateret dækning**

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling af gener relateret til arbejdslivet. Det betyder, at der skal være en direkte årsagssammenhæng mellem arbejdslivet og den anmeldte skade. Forsikringen dækker ikke afklaring af, om skaden er arbejdsrelateret. Hvis der er tvivl om, hvorvidt skaden er arbejdsrelateret, dækker forsikringen ikke. Vi kan kræve, at det fremgår af din lægehenvielse, journal eller lignende, at den anmeldte skade ikke er opstået i fritiden.

Hvis årsagen til skaden er fritidsrelateret, dækker forsikringen ikke.

## 2. Hvem er dækket af forsikringen?

---

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, foreninger eller organisationer, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen. Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikrede skal have fast bopæl/folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse og have et dansk sundhedskort eller være grænsegænger fra Norge, Sverige eller Tyskland.

### 2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen. Der kan kun til- og afmeldes i den igangværende årsperiode og maksimalt 3 måneder tilbage i tiden. Regulering i forbindelse med årsfornyelsen, som udløser en ny faktura, kan blive pålagt et administrationsgebyr.

Virksomheden betaler for skadesudbetalinger, som Dansk Sundhedssikring har afholdt for medarbejdere, som er afmeldt tilbage i tid.

## 3. Hvor dækker forsikringen?

---

Forsikringen dækker behandling i Danmark. Behandling i Grønland eller på Færøerne er aldrig dækket.

## 4. Brug af forsikringen

---

De samlede betingelser gælder for alle dækninger, men de nærmere regler og undtagelser er beskrevet under de enkelte dækninger. Vi anbefaler derfor, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

### 4.1 Behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende behandling, inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

### 4.2 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder skade/lidelse, som kræver hurtig assistance og/eller behandling, og som ikke kan vente på planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, hjernerystelse, faldtraumer, knoglebrud, blodpropper/mistanke om blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom, lammelser, akutte føleforstyrrelser, akut tab af synet og lignende.

Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, lægevagten, akuttelefonen, skadestuen eller 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.7 "Akut krisehjælp".

#### **4.3 Rejser og udlandsophold**

Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af sygdom/skade opstået på rejser eller under ophold i udlandet. Behandlingen vil først være dækket efter hjemkomst til din faste bopæl og ud fra de generelle betingelser. Det gælder også, hvis du opholder dig i Grønland eller på Færøerne.

#### **4.4 Udeblivelse fra behandling**

Forsikringen betaler ikke for undersøgelse/behandling, som du udebliver fra, eller gebyrer ved manglende rettidigt afbud.

#### **4.5 Igangværende og planlagt behandling**

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke.

#### **4.6 Udgifter til behandling**

Alle udgifter skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat.

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter til behandling, efter at tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, modregner vi den del og betaler din andel (egenbetalingen). Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen.

Hvis du har en lægehenvielse, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvielse i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

#### **4.7 Valg af behandler og behandlingsmetode**

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale behandler og vurderer alle skader og anmeldelser. Det er sundhedsteamet, der afgør, om den anmeldte sygdom/skade er omfattet af dækningen, og som vurderer, hvilken behandling der er behov for.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os. Der dækkes behandling i Danmark.

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning.

Forsikringen dækker kun de behandlingsformer, som er nævnt i forsikringsbetingelserne under de forskellige dækninger. Vi kan tilbyde forskellige behandlingsformer og rådgivningsmuligheder, herunder også digitale tilbud. Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år.

Ved fysioterapi, kiropraktik, fysiurgisk massage og psykologbehandling kan vi tilbyde behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. For børn gælder, at der kun kan tilbydes behandling i netværket hos de behandlere, der tilbyder behandling til børn. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Psykologbehandling tilbydes kun i vores netværk. Ved behandling i vores netværk bestræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

Behandlingen skal efter vores vurdering være rimelig og nødvendig i forhold til det forventede resultat.

Behandlinger af rent forebyggende karakter er ikke dækket.

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning. Behandlinger med fysiurgisk massage skal være udført af en registreret fysiurgisk massør.

Der dækkes kun behandlinger, som den offentlige sygesikring har godkendt i relation til det offentlige sundhedsvæsen, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Behandlingerne skal altid foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling hos alment praktiserende læger, speciallæger i almen medicin, andre speciallæger, specialklinikker, psykiatere eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, eller eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter eller andre alternative behandlere.

Der dækkes ikke udgifter til undersøgelse eller behandling udført af dig, dine familiemedlemmer eller en virksomhed tilhørende en af disse.

#### **4.8 Anmeldelse af skade**

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade på er at anmelde den online via vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk). Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via Mit DSS på vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk).

#### **Akut krisehjælp**

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os hele døgnet på telefon 70206121. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon. Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.



## 5. Dækninger på sundhedsordningen

---

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle dækninger, men der er særlige regler og undtagelser, som gælder for den enkelte dækning.

Forsikringen dækker fysiske behandlinger for gener og lidelser i bevægeapparatet inden for:

- Fysioterapi
- Kiropraktik
- Massage.

Forsikringen dækker desuden:

- SundhedsNavigator
- Sundhedsrådgivning
- Misbrugsrådgivning
- Graviditetsrådgivning
- Adgang til mental sundhedsapp
- Digital ADHD-/ADD-vejledning
- Telefonisk psykologhjælp
- Akut krisehjælp.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

### 5.1 Behandling af gener og lidelser i bevægeapparatet

Allerede ved din første henvendelse til forsikringen kan sundhedsteamet tilbyde rådgivning om og støtte til håndtering af fysiske udfordringer – uanset om de er omfattet af forsikringsdækningen eller ej.

For at sikre optimal forebyggelse, rådgivning og behandling af din problemstilling kan vi ud fra en faglig vurdering henvise til forskellige rådgivnings- og behandlingsformer og/eller selvtræning, f.eks. træningsrådgivning, træningsvideoer, træningsapp, online fysioterapi, fysioterapi og kiropraktik med fysisk fremmøde eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde.

I de tilfælde, hvor du henvises til behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har brug for, og om du modtager den rette behandling.

#### Træningsapp

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig op til 6 måneders adgang til en træningsapp, som tilbyder genoptræning og forebyggelse af smerter i hele kroppen ud fra særlig tilrettelagte træningsprogrammer.

### **Godt fra Start – hurtig hjælp til nyopståede og ukomplicerede smerter i bevægeapparatet**

Sundhedsteamet tilbyder hurtig afklaring af behandlingsbehovet, rådgivning og vejledning om øvelser til håndtering af egne smerter, opfølgning, omsorgskald og adgang til en evidensbaseret træningsapp ud fra den nyeste sundhedsfaglige viden ved erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter.

### **Fysioterapi, kiropraktik og fysiurgisk massage**

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling af nyopståede og eksisterende gener i bevægeapparatet relateret til arbejdslivet, herunder arm- og bensmerter, iskias samt hovedpine som følge af lidelser i bevægeapparatet.

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, fysioterapeuter, læger og andet sundhedsfagligt personale behandler alle anmeldelser og vurderer, hvilken behandlingsform der skal anvendes. Der dækkes én behandlingsform ad gangen. Hvis det er nødvendigt, kan du få en kombination af flere behandlingsformer.

Der dækkes behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger – i og uden for netværket – der er sundhedsfaglig begrundelse for. Der dækkes samlet maksimalt 15 behandlinger inden for 12 måneder, regnet fra første behandlingsdag – også i tilfælde af flere skader. Forsikringen dækker dog højest 10 behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform hos en selvvalgt fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør.

Vi kan ud fra en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har en væsentlig virkning.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer, er nødvendige for at anslå, om skaden er dækket af forsikringen, og om behandlingen har den ønskede effekt. Vi kan f.eks. bede om en skriftlig henvisning eller anbefaling fra din læge.

### **Refusion og tilskud**

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at et eventuelt tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, modregner vi den del og betaler din andel (egenbetalingen). Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen.

For fysioterapi dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. I de tilfælde, hvor vi vælger at dække holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

Hvis du har en lægehenvielse, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvielse i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik (indeksreguleres).

For fysiurgisk massage dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

### **Online fysioterapi og blended care**

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

### **Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk**

Forsikringen dækker behandlinger hos en fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

### **Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk**

Forsikringen dækker behandling hos en selvvalgt fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør. Dog maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform og maksimalt 15 behandlinger i alt – i og uden for netværket – inden for 12 måneder, regnet fra første behandlingsdag – også i tilfælde af flere skader.

Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regningerne skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling, for at du er berettiget til refusion.

## **5.2 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning**

Vores sundhedsteam bestående af erfarne læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder professionel rådgivning om sundhed og sygdom.

Du tilbydes telefonisk sygeplejerske-, fysioterapeut- og lægekonsultation vedrørende alle sundheds- og helbredsproblemer – også dem, der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet, hjernerystelse, overgangsalder, kost, livsstilsændringer og behandlingsforløb samt rådgive om relevante tilbud til kræft-ramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stille-siddende tid til unge, voksne, ældre og gravide, og hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidensbaseret træningsapp.

Vi kan også henvise til personlig rådgivning fra faguddannede farmaceuter og farmakonomer via chat, e-mail eller telefon – f.eks. om rygestop, overgangsalder, medicin og kosttilskud og generel sundhed, rabat på apotekervarer og levering til døren fra et onlineapotek, vi samarbejder med.

### **Misbrugsrådgivning**

Fortrolige samtaler i form af rådgivning og vejledning om misbrugsproblemer ved sundhedsfagligt personale. Der rådgives f.eks. om misbrug eller om behandling af forskellige former for misbrug (f.eks. alkohol, kokain, hash, medicin, ludomani og købemani) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugsbehandling af enhver art er ikke dækket af forsikringen.

### **Sundhedsfaglig tovholder**

Vores sundhedsteam har indgående kendskab til såvel det offentlige som det private sundhedsvæsen.

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier.

Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, vejlede om transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

## **5.3 Graviditetsrådgivning**

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle en relevant sundhedsfaglig baggrund og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forælderrollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsel og amning og barnets trivsel og udvikling.

Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale.

Du kan ringe og få rådgivning alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte graviditetsrådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via den personlige side Mit DSS. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en graviditetsrådgiver på et aftalt tidspunkt.

#### **5.4 Mental sundhedsapp og mindfulness til børn, unge og forældre**

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig 6 måneders adgang til en mental sundhedsapp. Appen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og lærer børn på mellem 8 og 16 år og deres forældre at håndtere svære følelser og emner som sorg, mobning, generthed, skilsmisse, social angst, søvnproblemer og afhængighed af gaming samt tilbyder mindfulness til børn og voksne.

#### **5.5 Digital ADHD-/ADD-vejledning**

Du får adgang til en digital læringsplatform med hjælp til selvhjælp i form af nyttig viden og vejledning om ADHD/ADD. Platformen er udarbejdet af specialister inden for psykiatri og psykologi og kan også bruges af pårørende. Du skal være 18 år eller derover for at kunne anvende platformen.

#### **5.6 Telefonisk psykologhjælp**

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig individuel telefonisk psykologisk rådgivning og støttende samtaler i forbindelse med psykiske lidelser opstået pga. arbejdsrelaterede problemer hos psykologer eller psykoterapeuter med særlig ekspertise inden for f.eks. stress, trivsel, afskedigelse og konflikter.

#### **Behandling i vores kvalitetssikrede netværk**

Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Der dækkes det nødvendige antal samtaler ud fra behandlerens faglige vurdering. Vi afregner direkte med behandleren.

Aldersgrænsen for telefonisk behandling er 15 år.

#### **5.7 Akut krisehjælp**

Forsikringen dækker akut krisehjælp i vores behandlernetværk, hvis vi vurderer, at du har fået en akut psykisk krise i forbindelse med dit arbejde, f.eks. hvis der er sket en arbejdsulykke, et overfald, et røveri eller en anden voldsom/traumatisk hændelse på arbejdspladsen, eller hvis du overværer en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

Der er ikke krav om lægehenvielse. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om du skal henvises til anden behandling, jf. afsnit 5.6 "Telefonisk psykologhjælp". Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig i vores netværk.

Der vil være telefonisk kontakt med psykologen, inden for 3 timer efter anmeldelsen er godkendt. Det efterfølgende forløb vil være afhængigt af hændelsens karakter og behandlerens faglige vurdering.

Debriefing af grupper dækkes ikke, medmindre det indgår som en del af dækningen af et godkendt akut forløb.

Der dækkes ikke akut krisehjælp i udlandet.

## 6. Hvad forsikringen ikke dækker

---

Ud over hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke:

- Gener eller skader, der er opstået i fritiden.
- Akut behandling, jf. bestemmelserne i afsnit 4.2 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.7 "Akut krisehjælp".
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger og lignende.
- Behandlinger, som du udebliver fra, eller gebyrer ved manglende rettidigt afbud.
- Behandlinger af rent forebyggende karakter.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg og lignende tillæg.
- Tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralydsscanning, akupunktur, massage og lignende.
- Bassintræning.
- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.
- Hjælpemidler.
- Scanninger og røntgenundersøgelser.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredscontroller og lignende.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familierapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter.
- Behandling af diagnosticerede hovedpinesygdomme, f.eks. migræne, Hortons hovedpine og posttraumatisk hovedpine.
- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.
- Skader, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, lattergas, opløsningsmidler, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldte skader fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg eller deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger. Gener efter implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende.
- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.

- Skade/sygdom, der skyldes generalstrejke, naturkatastrofer, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelse, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.
- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, cryoneurolyse, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.
- Transport og rejser.
- Medicin.

## 7. Generelle bestemmelser

---

### Kommunikation

Vi sender breve og dokumenter digitalt. Vi anvender digitale platforme som f.eks. e-Boks, forsikringsselskabets brugerportal og mit.dk, når vi kommunikerer med dig om din forsikring. Via digitale platforme sender vi fakturaer, varslinger, præmiestigninger og lignende dokumenter om din forsikring. Når du modtager digitale breve og dokumenter, har det samme retsvirkninger, som når du får almindelig post. Det betyder, at du skal åbne og kontrollere det, vi sender til dig digitalt. Hvis du er fritaget for digital post, f.eks. for at have e-Boks, skal du give os besked herom. Vi vil derefter sende dine breve og dokumenter via e-mail eller almindelig post.

Kommunikationen med dig i forbindelse med dine anmeldte skadessager foregår enten telefonisk eller via korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

### 7.1 Forsikringens varighed

Forsikringen gælder for et år ad gangen. Forsikringen bliver automatisk fornyet på hovedforfaldsdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

### 7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 100.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

### 7.3 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen. Vi sender en opkrævning til den oplyste e-mailadresse eller via elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked herom.

### Månedlig betaling

For at kunne betale forsikringen månedligt er det et krav, at betalingen er tilmeldt PBS eller anden automatisk opkrævning.

### Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

### For sen betaling

Bliver beløbet i den første opkrævning ikke betalt rettidigt, har vi ret til at bringe forsikringen til ophør uden yderligere varsel. Bliver beløbet i de efterfølgende opkrævninger ikke betalt rettidigt, sender vi det første rykkerbrev. Hvis beløbet ikke bliver betalt inden for den frist, der står i rykkerbrevet, mister forsikringstageren retten til erstatning. Hvis beløbet i det andet rykkerbrev ikke bliver betalt rettidigt, sletter vi forsikringen.

For hvert rykkerbrev, vi sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk). Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

### Gebyr for serviceydelser

Vi har ret til at forhøje eksisterende gebyrer eller indføre nye gebyrer til hel eller delvis dækning af vores omkostninger, f.eks. i forbindelse med at:

- Sende opkrævninger
- Foretage ekspeditioner og andre ydelser i forbindelse med police- og skadesbehandling
- Opsige forsikringen før udløb af en forsikringsperiode
- Kommunikere via en ikke-digital kanal.

Vi forhøjer et eksisterende gebyr med 1 måneds varsel til den 1. i en måned. Vi indfører nye gebyrer med 3 måneders varsel til den 1. i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk).

## 7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Der udarbejdes en årsopgørelse over det faktiske antal forsikrede kontra det antal, der bliver betalt for. En eventuel difference krediteres eller debiteres til forsikringstager.

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset eller lignende (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændringer i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

Hvis prisen er baseret på nogle forudsætninger, der ikke længere er til stede, kan vi regulere prisen ved næste hovedforfald. Såfremt der udarbejdes risikoregnskab for forsikringen, bliver prisen reguleret efter særlige regler.

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet gælder for aftalen. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsige aftalen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen.



Opsiges aftalen ikke skriftligt, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede pris.

Ændringer i forsikringsbetingelserne, som udelukkende er af præciserende karakter, og som ikke forringer forsikringsdækningen, f.eks. sproglige opdateringer og forbedringer, varsles ikke.

Prisændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter og lignende fra offentlig side betragtes ikke som ændringer af forsikringsbetingelserne eller prisen og vil ikke blive varslet.

## 7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer, som er tegnet for ét år ad gangen, bliver automatisk fornyet på hovedforfaldsdatoen. Medmindre andet er aftalt, indgås der en årspolice med årlig opgørelse af debitering eller kreditering.

Forsikringen kan af forsikringstageren eller Dansk Sundhedssikring opsiges skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb. Opsiges forsikringen ikke, bliver den fornyet for et år ad gangen.

Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan Dansk Sundhedssikring opsige forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvor din ansættelse ophører, hvis du afgår ved døden, hvis du udtræder af ordningen, eller ved manglende betaling af præmien.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne under afsnit 7.3 "Betaling af forsikringen".

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem virksomheden og Dansk Sundhedssikring ophører.

## Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Dette gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter forsikringens ophør.

## Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato, for at du er berettiget til refusion. Der dækkes kun udgifter til behandlinger udført i forsikringstiden.

## 7.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Hvis du flytter, skal vi have besked om dette.

Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid oplyses i forbindelse med oprettelse af en skade, da vi er berettiget til dette tilskud.

### **Når du fratræder din stilling**

Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratrådt eller fratræder virksomheden, ved anmeldelse af sygdom/skade, eller hvis du anmoder om behandling. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandlinger udført efter forsikringens ophør. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til behandling modtaget efter forsikringens ophør.

### **Dobbeltforsikring**

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden. Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette, i forbindelse med at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

## **7.7 Behandling af personoplysninger**

Vi behandler dine personoplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Når du tegner en forsikring hos os, indhenter vi en række oplysninger i forbindelse med indtegning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, medlemskab af Sygeforsikringen "danmark", branche, beskæftigelse, civilstatus og eventuelle helbredsoplysninger. Disse oplysninger anvendes til at oprette og administrere forsikringen til brug ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd.

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

På vores hjemmeside, [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk), kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger. Vi videregiver i visse tilfælde personoplysninger om dig til de leverandører, som vi samarbejder med.

## **7.8 Behandling af helbredsoplysninger**

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have givet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger.

Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk. Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldt sygdom/skade og behandles altid i overensstemmelse med sundhedslovens krav om tavshedspligt (sundhedslovens § 40: "En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger").

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

## 7.9 Urigtige oplysninger

Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger. Hvis du ved forsikringens oprettelse eller på et senere tidspunkt afgiver urigtige oplysninger eller fortier oplysninger, kan dækningen helt eller delvist bortfalde.

## 7.10 Forældelse

Aftalen følger de normale regler for forældelse efter den gældende forældelseslov.

## 7.11 Klagemuligheder

Hvis du er uenig i eller utilfreds med vores afgørelse, skal du kontakte den afdeling, der har behandlet sagen. Hvis du efter din henvendelse til afdelingen stadig ikke er tilfreds, kan du skrive til vores klageansvarlige for at få revurderet din sag.

Din klage vil hurtigst muligt og senest inden for 7 hverdage blive behandlet af en klageansvarlig. Du kan sende din klage via klageportalen på vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk).

Klagen skal indeholde dit navn og din adresse samt en kort redegørelse for, hvorfor du er uenig i eller utilfreds med vores afgørelse. Klagen skal sendes hurtigst muligt, og senest 6 måneder efter at sagen er afgjort.

Hvis du derefter ønsker at klage over den afgørelse, som den klageansvarlige har truffet, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen kan sendes online på [ankeforsikring.dk](https://ankeforsikring.dk). Det koster et gebyr at klage til ankenævnet.

## Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder forsikringsaftaleloven og lov om forsikringsvirksomhed. Uenighed om forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

Vi er ikke ansvarlige for resultatet af undersøgelser, behandlinger og vurderinger, herunder manglende effekt af behandlingen, eller hvis behandlingen resulterer i fejl. Et eventuelt erstatningskrav skal rejses over for det hospital eller den klinik, som har stået for behandlingen.

I de tilfælde, hvor der er anvendt en fremmedsproget forsikringsaftale eller fremmedsprogede forsikringsbetingelser, vil eventuelle uoverensstemmelser som følge af oversættelsen medføre, at det altid er den danske tekst, der er gældende.

## 7.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring telefonisk eller på e-mailadressen [sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk](mailto:sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk).

Du kan finde mere information på vores hjemmeside, [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk), hvor du også kan finde vores telefonnummer og anmelde din skade online.

