

**Betingelser**

# **Sundhedsordning**

**Heltid**

## Indholdsfortegnelse

|           |                                         |           |
|-----------|-----------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Aftalegrundlag</b>                   | <b>4</b>  |
| 1.1       | Hvornår gælder forsikringen?            | 6         |
| <b>2.</b> | <b>Hvem er dækket af forsikringen?</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1       | Til- og afmelding af medarbejdere       | 6         |
| 2.2       | Medforsikrede                           | 7         |
| 2.3       | Kollektiv børnedækning                  | 7         |
| <b>3.</b> | <b>Hvor dækker forsikringen?</b>        | <b>7</b>  |
| <b>4.</b> | <b>Brug af forsikringen</b>             | <b>8</b>  |
| 4.1       | Behandling skal godkendes               | 8         |
| 4.2       | Akut behandling er ikke dækket          | 8         |
| 4.3       | Rejser og udlandsophold                 | 8         |
| 4.4       | Udeblivelse fra behandling              | 8         |
| 4.5       | Igangværende og planlagt behandling     | 8         |
| 4.6       | Udgifter til behandling                 | 8         |
| 4.7       | Valg af behandler og behandlingsmetode  | 9         |
| 4.8       | Anmeldelse af skade                     | 10        |
| <b>5.</b> | <b>Dækninger på sundhedsordningen</b>   | <b>10</b> |
| 5.1       | Fysisk sundhed                          | 12        |
| 5.2       | SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning | 14        |
| 5.3       | Graviditetsrådgivning                   | 15        |
| 5.4       | Mental Sundhed                          | 16        |
| 5.5       | Akut krisehjælp                         | 17        |

|           |                                                |           |
|-----------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>6.</b> | <b>Hvad forsikringen ikke dækker</b>           | <b>19</b> |
| <b>7.</b> | <b>Generelle bestemmelser</b>                  | <b>21</b> |
| 7.1       | Forsikringens varighed                         | 21        |
| 7.2       | Forsikringssum                                 | 21        |
| 7.3       | Betaling af forsikringen                       | 21        |
| 7.4       | Regulering af præmie og forsikringsbetingelser | 22        |
| 7.5       | Opsigelse og ophør af forsikringen             | 23        |
| 7.6       | Oplysningspligt                                | 24        |
| 7.7       | Behandling af personoplysninger                | 24        |
| 7.8       | Behandling af helbredsoplysninger              | 25        |
| 7.9       | Urigtige oplysninger                           | 25        |
| 7.10      | Forældelse                                     | 25        |
| 7.11      | Klagemuligheder                                | 25        |
| 7.12      | Hvis du vil vide mere                          | 26        |

### Kontakt Dansk Sundhedssikring

Du kan kontakte os på telefon 70206121 eller via brugerportalen på vores hjemmeside: [ds-sundhed.dk](https://ds-sundhed.dk).

## 1. Aftalegrundlag

---

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2026.

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 betingelser og bestemmelser og eventuelle afvigelser fra disse forsikringsbetingelser skal være skriftligt aftalt og fremgå af forsikringsaftalen.

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

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

### Heltid

Sundhedsordningen dækker i både private og arbejdsrelaterede sammenhænge. Det betyder, at den dækker forsikringsbegivenheder omfattet af forsikringen, uanset om behovet er arbejdsrelateret eller ej, medmindre andet fremgår af aftalen.

For medforsikrede børn betragtes sygdom, skade eller lidelse altid som fritidsrelateret.

### ESG (environmental, social and governance)

Dansk Sundhedssikring tager et stort ansvar for at sikre, at vi efterlever de krav, som stilles i FNs Global Compact, og overerholder vores sociale ansvar i forhold til miljø og klima, sociale forhold samt virksomhedsadfærd (læs mere herom på vores hjemmeside).

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".

**Børn**

Når der under forsikringens dækninger henvises til "børn", menes der i disse forsikringsbetingelser udelukkende børn, der er tilmeldt sundhedsforsikringen, herunder kollektive børn, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

**Grænsegænger**

En grænsegænger er i disse forsikringsbetingelser defineret som en person, der har bopæl i ét land og arbejder i et andet land.

**Bevægeapparatet**

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

**Blended care (kombineret behandling)**

Ved blended care forstås i disse forsikringsbetingelser en behandlingsform, hvor fysisk fremmøde kombineres med digitale værktøjer, herunder online behandling, apps, videoopkald, e-mails, chat, digitale øvelser, digitale platforme samt andre tilsvarende eller fremtidige digitale behandlingsformer.

**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.

### **Vederlagsfri fysioterapi**

Ordning, som er vedtaget på finansloven, og som giver adgang til vederlagsfri (gratis) lægehenvist fysioterapi for personer med svært fysisk handicap samt fysioterapi for personer uden svært fysisk handicap, men med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi.

### **Sundhedsstyrelsen**

Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

## **1.1 Hvornår gælder forsikringen?**

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

## **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 sygesikringsydelser 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.

## 2.2 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever/børn til en særskilt pris. Børn, der kan indtegnes, er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn, uanset bopæl, og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der har folkeregisteradresse hos dig. Din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der ikke har folkeregisteradresse hos dig, kan medforsikres, hvis din ægtefælle/samlever har tegnet en frivillig forsikring. Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år. Det er muligt at fortsætte dækningen ved en tilsvarende ordning, til børnene fylder 27 år.

Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

## 2.3 Kollektiv børnedækning

Hvis der er tilkøbt kollektiv børnedækning, er dine børn automatisk og kollektivt medforsikret under samme betingelser som dig, indtil de fylder 24 år, medmindre andet fremgår af dækningen. Hvis der er indgået aftale om en anden alder for børnene, vil det fremgå af aftalen. De omfattede børn er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, uanset bopæl.

Plejebørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som hovedforsikrede. Den kollektive børnedækning ophører, hvis din dækning ophører.

For børn dækker forsikringen udelukkende undersøgelse og/eller behandling af lidelser eller behov, der er opstået efter barnets fødsel.

## 3. Hvor dækker forsikringen?

---

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

### Grænsegængere

Grænsegængere og deres eventuelle medforsikrede, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark, medmindre andet gælder for aftalen.

Under ophold i udlandet, kan grænsegængere tilbydes adgang til forsikringens digitale rådgivnings- og sundhedsløsninger ud fra en faglig vurdering samt ud fra de gældende bestemmelser for de enkelte afsnit.

## 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

Behov for akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder ambulance-vagtlæge- og skadestuesituationer, selvmordsforsøg, udtalte trusler om at begå selvmord samt 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, blodprop/mistanke om blodprop, hjerneblødning, TCI, 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 eller skadestuen eller ringe 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.5 "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 fratrullet. 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 forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende karakter er ikke dækket, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Forsikringen indeholder derimod forebyggende tilbud og rådgivning, som har til formål at forebygge skader og passe godt på dit helbred.

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. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag.

Hvis du har spørgsmål om din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via brugerportalen på vores hjemmeside.

#### **Akut krisehjælp**

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os hele døgnet på vores hovednummer. 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**

---

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

Med din sundhedsordning får du hjælp, rådgivning og værktøjer til at forebygge og behandle skader og passe godt på dit helbred.

Vores sundhedsfaglige 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, herunder vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

Du får hurtig adgang til faglig rådgivning, fleksible behandlingstilbud og digitale sundhedsløsninger som apps, online behandlings- og rådgivningstilbud, træningsvideoer og digitale kurser.

Rådgivning om og forebyggelse af sygdom, skade og mistrivsel er integreret i mange af vores rådgivningstilbud for at gøre ydelserne mere tilgængelige og bæredygtige.

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 i form af:

- Fysioterapi
- Kiropraktik
- Massage.

Forsikringen dækker desuden forskellige målrettede rådgivningslinjer og sundhedstilbud, såsom:

- SundhedsNavigator
- Sundhedsrådgivning
- Den fysiske værktøjskasse
- Forebyggende stress- og trivselslinje
- Misbrugsrådgivning
- Ungerådgivning
- Graviditetsrådgivning
- Adgang til mental sundhedsapp
- Digital ADHD-/ADD-vejledning
- Telefonisk psykologhjælp
- Akut krisehjælp.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

## **5.1 Fysisk sundhed**

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.

### **Den fysiske værktøjskasse**

Vi tilbyder kvartalsvise onlinekurser til ledere og HR i form af støtte til håndtering af smerter på arbejdspladsen. Kurset fokuserer på viden om smerter, og hvordan man som leder og som virksomhed kan støtte medarbejdere med smerter og effektivt forebygge smerteproblematikker. Kurserne afholdes af en smertelæge eller en specialuddannet fysioterapeut og afholdes både på dansk og på engelsk.

Vi tilbyder desuden skræddersyede tilbud til virksomheder, hvor flere ansatte har samme smerteproblematik. I samarbejde med vores kvalitetssikrede netværk af samarbejdspartnere kan vi målrette forskellige tilbud til håndtering af smerter på arbejdspladsen.

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

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling af nyopståede og eksisterende gener i bevægeapparatet, relateret til fritidslivet eller dit arbejde, 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 der er sundhedsfaglig begrundelse for.

Dækningen omfatter maksimalt 15 behandlinger pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag – både i og uden for netværket – uanset antal skader, lidelser eller behandlingstyper.

For behandling hos selvvalgt fysioterapeut, kiropraktor eller fysiurgisk massør dækkes maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform.

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 lægehenviisning, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning 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 (kombineret behandling)**

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 som blended care – en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en kiropraktor, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet er en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde (blended care).

Antallet af behandlinger afhænger af en faglig vurdering og indgår i den samlede grænse på maksimalt 15 behandlinger – både i og uden for netværket – pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag.

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. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger der er sundhedsfaglig begrundelse for. Behandlingerne tildeles i portioner og du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, hvor vi afregner direkte med behandleren.

Dækningen omfatter maksimalt 15 behandlinger pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag – både i og uden for netværket – uanset antal skader, lidelser eller behandlingstyper.

### **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. Disse behandlinger indgår i den samlede grænse på maksimalt 15 behandlinger – både i og uden for netværket – pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag.

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.

## **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 og smertebehandling, graviditet, hjernerystelse, overgangsaldergener, kost, livsstilsændringer, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer samt rådgive om relevante tilbud til kræfttramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stillesiddende 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.

### **Sundhedsfaglig tovholder**

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp og rådgivning i forbindelse med din behandling samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlings tilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, 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**

Sundhedsordningen 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, forældrerollen, 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 brugerportalen. 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 sundhed

Allerede ved første henvendelse kan sundhedsteamet ud fra en faglig vurdering tilbyde rådgivning og støtte til håndtering af mentale udfordringer – uanset om de er omfattet af forsikringsdækningen eller ej.

Vi kan også tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til en række forskellige behandlingsformer.

### Forebyggende stress- og trivselslinje

Når du har en sundhedsforsikring hos Dansk Sundhedssikring, kan du ringe og få personlig og hurtig rådgivning om og støtte til stress- eller trivselsrelaterede problemer, der ikke kræver egentlig behandling.

Stress- og trivselslinjen håndteres af et internt rådgivningsteam, hvor alle har relevant sundhedsfaglig baggrund og kan hjælpe dig med at forebygge og håndtere problemer, før de vokser sig store.

Her kan du få hurtig og personlig rådgivning og hjælp til at styrke din mentale sundhed – allerede ved tidlige tegn på stress- og trivselsproblemer. Der rådgives f.eks. om:

- Reducering og forebyggelse af tidlige tegn på stress og mistrivsel
- Private trivselsproblemer, f.eks. personlige kriser, sorg, skilsmisse, sygdom og misbrug samt udfordringer vedrørende børn, samliv og livsstil
- Arbejdsrelaterede trivselsproblemer, f.eks. arbejdsliv og sygdom, udbrændthed, afskedigelse, mobning og konflikter.

Der kræves ikke lægehenviisning, og rådgivningsteamet finder ud af, om der er behov for opfølgende samtaler.

Som en del af stress- og trivselslinjen tilbyder vi også:

- **Ungerådgivning**

Rådgivning af indtegnede unge mellem 16 og 27 år i form af fortrolige samtaler med sundhedsfagligt personale om udfordringer som f.eks. stress, angst, kronisk sygdom, ensomhed, spiseproblemer eller lavt selvværd eller problemer i familien, skolen eller med vennerne.

- **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 og medicin), ludomani og købemani, sex- og pornoafhængighed, spilafhængighed (gaming disorder) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugsbehandling af enhver art er ikke dækket af forsikringen.

Du kan ringe til stress- og trivselslinjen 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 rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte rådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via brugerportalen. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en rådgiver på et aftalt tidspunkt.

### **Mental sundhedsapp og mindfulness for 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.

Forsikredes børn er omfattet af denne dækning, uanset om de er medforsikrede eller ej.

### **Digital ADHD-/ADD-vejledning ved psykiater og specialuddannet psykolog**

Sundhedsteamet kan give dig 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.

### **Telefonisk psykologhjælp**

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

### **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.

## **5.5 Akut krisehjælp**

Du kan altid ringe til sundhedsteamet og få rådgivning ved akutte og voldsomme hændelser.

Sundhedsteamet kan visitere til en række forskellige behandlingsformer, hvis vi vurderer, at du har fået en behandlingskrævende akut psykisk krise pga. følgende:

- Hvis du bliver udsat for en pludselig, alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning

- Hvis der er brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt)
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis der er dødsfald hos nærmeste pårørende
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis du overværer et familiemedlems eller en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke – eller en hændelse af lignende karakter, uanset om den involverer en kollega, et familiemedlem eller en anden person.

Ved nærmeste pårørende forstår vi ægtefælle, samlever, egne børn, ægtefælles/samlevers børn og adoptivbørn.

Der er ikke krav om lægehenvisning.

Sundhedsteamet vurderer, hvilken behandling der er brug for, og kan henvise til forskellige behandlingsformer:

- I relevante tilfælde kan vi, ud fra en faglig vurdering, visitere til behandling hos psykolog eller psykoterapeut i vores behandlernetværk, jf. bestemmelserne i afsnit 5.4 "Mental sundhed".
- Hvis vi vurderer, at du er berettiget til krisehjælp, og hændelsen kræver en akut indsats, kan du få tilbudt telefonisk kontakt med en psykolog i vores netværk, inden for 3 timer efter at anmeldelsen er godkendt, afhængigt af hændelsens karakter og geografiske placering. Det eventuelle efterfølgende forløb fastlægges ud fra en faglig vurdering.

Hvis anmeldelsen sker mere end 48 timer efter hændelsen, eller hvis sundhedsteamet vurderer, at hændelsen ikke berettiger til akut krisehjælp, vil dækningen for almindelig telefonisk psykologbehandling være gældende, jf. bestemmelserne i afsnit 5.4 "Mental sundhed".

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

Der dækkes ikke debriefing og 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:

- 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 5.5 "Akut krisehjælp".
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvísninger, lægeanbefalinger og lignende.
- Behandlinger, som du udebliver fra, eller gebyrer ved manglende rettidigt afbud.
- Behandlinger af rent forebyggende karakter, herunder behandlinger uden sundhedsfaglig evidens eller dokumenteret effekt. Sundhedsordningen indeholder forebyggende tilbud og rådgivning.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg og lignende tillæg.
- Tillægsydelser i forbindelse med behandling, såsom som shockwave, laserbehandling, ultralydsscanning, akupunktur, massage og lignende.
- Bassintræning.
- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.
- Hjælpemidler.
- Scanninger og røntgenundersøgelser.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredscontrollere og lignende.
- Sygdomme hos det ufødte barn. Koliksmærter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Behandlinger med Botox eller Xiapex, MiraDry og anden behandling af svedtendens/hyperhidrose. Behandlinger, der sidestilles hermed.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter.
- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.
- Behandling af diagnosticerede hovedpine sygdomme, f.eks. migræne, Hortons hovedpine og posttraumatisk hovedpine, samt behandling af kæbepændinger og kæbeproblematikker. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller rygpændinger.

- 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.
- Tilfælde af force majeure, der medfører begrænset kapacitet, herunder skade/sygdom og behov for behandling, der f.eks. skyldes samfundsmæssige handlinger, generalstrejke, naturkatastrofer, problemer med infrastruktur, it-nedbrud, hackerangreb, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier samt virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme og behov for behandling, 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.
- Private udgifter, herunder transport og rejser samt udgifter til tolkebistand.
- 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. 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.

## **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 Danmarks Statistiks offentliggjorte lønindeks for den private sektor, medmindre andet fremgår af aftalen. Ophører dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har vi ret til at bruge et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

Præmiereguleringen kan ske ud over indeksering og 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.

Vi vurderer regelmæssigt, om der er behov for at ændre forsikringsbetingelserne. Ændringerne kan skyldes forskellige forhold, f.eks. ændringer i lovgivning, skatte- og afgiftsmæssige forhold, markedsmæssige forhold, produktændringer og økonomiske forhold som f.eks. stigende leverandørudgifter (ud over indeks) eller øgede skadesudgifter.

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 opsiges forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned, hvor din ansættelse ophører, hvis du afgang 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.

### **Medforsikrede**

For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedforsikret, gælder det, at når forsikringen stopper, så mistes retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Dette gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter forsikringens ophør.

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 24 år, er dækket frem til næste betalingsperiode. For kollektive børnedækninger ophører dækningen af børnene altid, hvis hovedforsikredes dækning ophører, eller ved udgangen af den måned, hvor barnet fylder 24 år, medmindre anden alder gælder for aftalen.

### **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.

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til, at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder 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.

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

Medforsikrede ægtefæller/samlevende har pligt til at oplyse os om, hvis de bliver skilt fra eller fraflytter en medarbejder, som er omfattet af ordningen.

### **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 behandlinger 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 indtegnelse, 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 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.

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, hvor du også kan finde vores telefonnummer og anmelde din skade online.