

Betingelser - Erhverv - Heltid Sundhedsforsikring

Heltidsrelateret dækning

Indholdsfortegnelse

	Side		Side
1 Aftalegrundlag	3		
1.1 Hvornår gælder forsikringen	3	5.7 Fysioterapeut og kiropraktor	11
1.2 Hvad dækker forsikringen	3	5.8 Psykolog og psykiater	13
2 Hvem er dækket af forsikringen	3	5.8.1 Akut krisehjælp	15
2.1 Til- og afmelding af medarbejdere	4	5.9 Hospice og terminal pleje	15
2.2 Medforsikrede	4	5.10 Tandbehandling	15
2.3 Kollektiv børnedækning	4	5.11 Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom og overvægt	15
2.4 Karensbestemmelser	4		
3 Hvor dækker forsikringen	5	6 Tilvalgsdækninger	17
4 Brug af forsikringen	5	6.1 Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist	17
4.1 Lægehenvi sning	5	6.2 Tilvalg B Fysioterapi uden henvi sning fra læge	17
4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes	5	6.3 Tilvalg C Misbrugsbehandling	18
4.3 Akut behandling er ikke dækket	5	6.4 Tilvalg E Privathospitalsdækning	19
4.4 Rejser og udenlandsophold	5	6.5 Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser	19
4.5 Udeblivelse fra behandling	5	6.6 Tilvalg G Online Lægevagt	21
4.6 Igangværende og planlagt behandling	5	7 Hvad forsikringen ikke dækker	22
4.7 Udgifter til behandlinger	6	8 Generelle bestemmelser	24
4.7.1 Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling	6	8.1 Forsikringens varighed	24
4.8 Valg af behandler	6	8.2 Forsikringssum	24
4.9 Vurdering af behandlingsbehov	6	8.3 Betaling af forsikringen	24
4.10 Anmeldelse af skade	7	8.4 Regulering af præmie og forsikrings- betingelser	24
5 Basisdækning	8	8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen	25
5.1 SundhedsNavigator	8	8.6 Oplysningspligt	25
5.2 Graviditetsrådgivning	8	8.7 Behandling af personoplysninger	26
5.3 Kroniske sygdomme	8	8.8 Behandling af helbredsoplysninger	36
5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme	8	8.9 Urigtige oplysninger	26
5.5 Smerteudredning	8	8.10 Forældelse	26
5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge	8	8.11 Klagemuligheder	26
5.6.1 Efterkontrol	10	8.12 Hvis du vil vide mere	27
5.6.2 Reoperation	10		
5.6.3 Second opinion	10		
5.6.4 Medicinudgifter	10		
5.6.5 Midlertidige hjælpemidler	10		
5.6.6 Genoptræning efter operation	10		
5.6.7 Rekreation	11		
5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	11		
5.6.9 Transportudgifter	11		

1 Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 11. maj 2022 og erstatter tidligere forsikringsbetingelser.

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

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.

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

Definition af enkelte begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

Herved forstås Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, i betingelserne benævnt Dansk Sundhedssikring.

2 Hvem er dækket af forsikringen

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

Medarbejdere ansat i fleks- eller skånejob er omfattet, men ikke med hensyn til de lidelser, som er årsagen til, at medarbejderen er i fleks- eller skånejob.

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 benævnt du/dig/din.

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

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af sygdomme, skader og lidelser, der med overvejende sandsynlighed kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres ved at behandle. Vi definerer sygdom som helbredsmæssige tilstande, lidelser eller skader, der er symptomgivende, og som efter vores vurdering medfører et lægeligt begrundet behov for undersøgelse eller behandling. Vi vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

Forsikringen dækker udelukkende sygdomme/skader relateret til den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse eller have bopælsland i Norge, Sverige eller Tyskland og have ret til at modtage ydelser svarende til de offentlige sygesikringsydelse via offentlig eller privat dækning i bopælslandet. Undtagelser vil fremgå af aftalen.

Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med medarbejderen, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal altid løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen og sikre, at vi har en opdateret liste over de medarbejdere, som er omfattet af ordningen.

Dansk Sundhedssikring giver mulighed for at regulere omkostningsfrit 2 gange i forbindelse med fornyelsen ved hovedforfald. Ønskes der regulering udover dette, vil der blive opkrævet et reguleringsgebyr på 2500 kr. pr. regulering. Der kan kun reguleres i den igangværende årsperiode og max 3 måneder tilbage i tiden. 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 og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der har folkeregisteradresse hos dig. 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 21. 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

Har virksomheden tilkøbt kollektiv børnedækning, er dine børn automatisk kollektivt medforsikret under samme betingelser som dig, medmindre andet fremgår af dækningen, indtil de fylder 21 år. 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 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.

2.4 Karensbestemmelser

For obligatoriske virksomhedsordninger er der ingen karens for eksisterende lidelser med undtagelse af de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "Misbrugsbehandling".

For medforsikrede, for private kunder og for frivillige ordninger er der 6 måneders karens for eksisterende sygdomme og skader. Det betyder, at man skal have været omfattet af forsikringen i 6 måneder, før der dækkes udgifter til undersøgelse og behandling af lidelser, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Sygdom og skade, der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring.

3 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi anviser til et behandlingssted i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Valg af behandlingssted skal altid være efter aftale med os, og vi kan beslutte, at det skal være hos en bestemt behandler eller på et bestemt behandlingssted. Ved nogle behandlingsformer kan du dog selv vælge behandler. Dette vil fremgå af den enkelte dækning.

Undersøgelse og behandling i Sverige, Norge eller Tyskland kan finde sted efter aftale med os, hvis vi finder det rimeligt og relevant. Udgifterne må efter vores

vurdering ikke overstige den samlede udgift til tilsvarende undersøgelse og behandling foretaget i Danmark.

Undersøgelse og behandling på Grønland eller Færøerne er aldrig dækket. Det gælder også, hvis du har folke-registeradresse i Danmark, men opholder dig på Grønland eller Færøerne. Dette gælder ikke, hvis andet følger af den enkelte aftale.

4 Brug af forsikringen

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

4.1 Lægehenvi sning

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, skal du have en lægelig henvisning eller anbefaling, der beskriver sygdommen/skaden, før du bruger forsikringen. Lægehenvi sningen skal foreligge inden undersøgelse eller behandling kan påbegyndes. Du skal derfor starte med at konsultere din egen læge, som bedst kan vurdere dit behandlingsbehov. Hvis din læge vurderer, at du har behov for undersøgelse eller behandling, skal du, hvis det er muligt, henvises til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning kan du anvende, når du anmelder skaden til os.

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende al undersøgelse og 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.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder undersøgelse og behandling som kræver hurtig assistance og som ikke kan afventes planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblød-

ning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, Lægevagten, Akut-telefonen, skadestue eller 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udenlandsophold

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

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikrings selskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen. Når vi overtager en skade fra dit tidligere forsikrings selskab, vil den være dækket ud fra vores gældende forsikringsbetingelser.

4.7 Udgifter til behandlinger

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

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

I de tilfælde, hvor vi henviser til behandling på privat-klinik eller privathospital, vil betalingen normalt ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

Vi dækker ikke udgifter, som det offentlige allerede fuldt eller delvist har dækket, eller hvis det offentlige har tilbudt at dække, men hvor datoen for undersøgelse eller behandling ikke passede dig, uanset årsagen.

4.7.2 Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling

Du skal have en gyldig henvisning fra din læge til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen (ydernummer), medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt.

I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes hold-træning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

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

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer), dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1000 kr. pr. behandling.

Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler

Behandlingen skal efter vores vurdering forventeligt kunne kurere lidelsen eller væsentligt og varigt forbedre

dre helbredstilstanden. Behandlinger af forebyggende karakter er ikke dækket.

Der dækkes kun behandlinger, som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark og i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer og hyppigt anvendt i det offentlige sundhedsvæsen. Behandlingerne skal foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

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 og eventuelle tilvalgsdækninger. Ved fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling anbefaler vi typisk behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Ved behandling i vores netværk tilstræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

Ved undersøgelse og behandling hos speciallæge vil første undersøgelse og/eller behandling, igangsættes inden for 10 hverdage i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen. Vi anviser behandler/behandlingssted. De 10 hverdage gælder ikke for speciallæge i psykiatri (psykiater).

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

Undersøgelse og behandling skal altid være lægeligt begrundet, og du skal have en skriftlig henvisning eller en lægelig anbefaling, medmindre andet fremgår af dækningen.

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 undersøgelse eller behandling der er behov for.

Der dækkes kun én behandlingsform ad gangen. Hvis det er nødvendigt, kan vi ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække flere behandlingsformer samtidig.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer er nødvendige for at træffe vores afgørelse, f.eks. lægehenvielse eller kopi af journal. Som led i vores vurdering af, om en skade er dækket, eller om udgifterne er rimelige, kan vi kræve, at der foretages en ny vurdering hos en læge anvist af os.

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Er du forsikret gennem en virksomhedsordning, skal du ved anmeldelse af skade altid informere os, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

Den hurtigste måde at anmelde en skade er ved at anmelde den online via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde 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 alle hverdage på telefon 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsteam@ds-sundhed.dk.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os telefonisk 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 Basisdækning

Afsnittet indeholder de forskellige basisdækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle afsnit, men med de særlige regler og undtagelser, som gælder for den enkelte dækning.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

5.1 SundhedsNavigator

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- eller lægekonsultation til alle helbredsproblemer, også dem der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi at hjælpe med at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg og udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, arrangere transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

I de tilfælde, hvor skaden kun kan løses i det offentlige, eller ikke er dækket af forsikringen, tilbyder vi at hjælpe dig med rådgivning med dit behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

5.2 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle relevant sundhedsfaglig baggrund, f.eks. sygeplejersker med erfaring fra neonatal- og barselsafsnit 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, barsels- og ammerådgivning 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 i tidsrummet 9-16 på telefon 70206121. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er ikke dækket.

Kroniske sygdomme definerer vi som sygdomme, tilstande og lidelser, som vores læger vurderer er vedvarende og som ikke kan kureres, og hvor der ikke findes en helbredende behandling.

Sundhedsteamet tilbyder altid hjælp til alle kroniske lidelser med rådgivning, vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier og hjælp til offentlig tidsbestilling.

5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

Undersøgelse og behandling af følgesygdomme, som opstår i forsikringstiden som en direkte følge af en kronisk sygdom, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Følgesygdomme opstået før forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

5.5 Smerteudredning

Udredning og behandling af langvarige smerteproblematikker på f.eks. smerteklinik eller hovedpineklinik samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom, er ikke dækket af forsikringen. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer er nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentligt og varigt reducere sygdommen.

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. For speciallæge i psykiatri gælder særlige bestemmelser, jf. punkt 5.8 "Psykiolog og psykiater".

Lægehenviisning

Du skal altid have en gyldig henviisning eller anbefaling fra din læge. Hvis din læge vurderer, at du har brug for undersøgelse eller behandling, skal du henviises til relevant speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henviisning kan du anvende, når du ønsker at bruge din forsikring. Ultralydsscanning, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henviisning.

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling er sat i gang inden for 10 hverdage i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenviisning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling hos et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til.

I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

Vi kan til hver en tid bede om journaloplysninger, henviisning eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig en tid inden for garantien på 10 hverdage, men hvor datoen ikke passer dig, uanset årsagen til dette.
- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling i det private eller offentlige sundhedsvæsen, f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste.
- Hvis du udtrykker ønske om behandling på et senere tidspunkt end perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller be-

handling udskydes af medicinske årsager.

- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser, komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.
- Under storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol. I disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

Hudlidelser

Forsikringen dækker hudlidelser, som vi vurderer påvirker din helbredstilstand. Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke. Det er f.eks. godartede modermærker og pletter, akne, eksem samt alle former for vorter og solskader i huden. Der dækkes ikke tilbagevendende hudlidelser eller tilbagefald, f.eks. andre steder på kroppen. Vi hjælper altid med rådgivning, offentlig navigation og hjælp til tidsbestilling til alle hudlidelser.

Hudkræft (basalcellekræft)

Hvis vi har dækket behandling af hudkræft (basalcellekræft), dækker forsikringen ikke i tilfælde af, at sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse og/eller behandling. Forsikringen dækker aldrig behandling med Mohs kirurgi eller lignende behandlingstyper.

Allergjudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose. Udredningen skal være skriftligt ordineret af læge og godkendt af os.

Grå stær

Grå stær betragtes som en kronisk lidelse. Grå stær diagnosticeret i forsikringstiden, herunder udvikling af efterstær, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Efterstær betragtes som en følgelidelse og dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Grå stær og efterstær, som er diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

Åreknuder

Åreknuder betragtes som kosmetisk og dækkes kun, hvis der efter vores vurdering er alvorlige symptomer som f.eks. mistet køretilladelse, sygemelding og dyb betændelse.

Kræft

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kræftsygdomme, hvis diagnosen stilles i forsikringstiden.

Hvis ventetiden for undersøgelse og/eller behandling i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes.

Undtaget for dækning er kræftformer, som kræver komplicerede behandlingsmetoder, f.eks. kemo- og strålebehandling samt akut eller eksperimentel behandling. Der dækkes kun behandling, som kan foretages på privathospitaler i Danmark, som vi samarbejder med. Ved kræftsygdomme, som indgår som et samlet pakkeforløb i det offentlige, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og benyttes. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

Hjertesygdomme

Ved behandling/operation af hjertesygdomme henviser vi til de offentlige tilbud, da vi betragter det som akut behandling. Vi hjælper med rådgivning i den videre proces.

Misbrug

Misbrugslidelser af enhver art er ikke dækket af basis-forsikringen. Sundhedsteamet tilbyder rådgivning ved f.eks. alkohol- og narkotikamisbrug og kan vejlede om offentlige behandlingstilbud.

5.6.1 Efterkontrol

Forsikringen dækker nødvendig ambulant efterkontrol efter dækningsberettiget operation i op til 6 måneder efter sidste behandlingsdag. Kontrollen skal være ordineret af relevant speciallæge og efter vores vurdering være rimelig og nødvendig. Forsikringen dækker ikke gentagne kontroller.

5.6.2 Reoperation

Forsikringen dækker reoperation efter en dækningsberettiget operation, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Reoperationen skal være ordineret af speciallæge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge. Vi henviser til et behandlingssted.

5.6.3 Second opinion

Forsikringen dækker i visse tilfælde konsultation hos relevant speciallæge, hvis du:

- Har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade.
- Står over for valget om at modtage særlig risikofyldt behandling, som kan være livstruende eller give varige mén.

Hvis vi vurderer, at du skal tilbydes en second opinion, vil vi anvise dig til relevant speciallæge i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen.

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed omkring din diagnose eller behandlingsform, tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform (third opinion).

5.6.4 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til egenbetaling af receptpligtig medicin i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation på et behandlingssted anvist af os. Medicinen skal være ordineret af behandlende speciallæge og være nødvendig for den udførte operation. Medicinudgifter dækkes i op til 6 måneder fra operationsdatoen. Der dækkes ikke udgifter til håndkøbsmedicin. Det gælder også, hvis medicinen både fås på recept og i håndkøb.

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling.

Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Midlertidige hjælpemidler, herunder lejede hjælpemidler, dækkes i maksimalt 6 måneder. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

Der dækkes ikke udgifter til hjælpemidler, som kan modtages via de offentlige tilskud om hjælpemidler. Ortopædisk fodtøj, CPM-maskine og lignende dækkes ikke.

5.6.6 Genoptræning efter operation

Forsikringen dækker ambulant genoptræning hos fysioterapeut og kiropraktor i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Ved bevægeapparatet forstås sener, muskler og led i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled. Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes ikke rekreations- og behandlingsophold.

Du skal have en gyldig lægehenvielse til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for

holdtræning, som indeksreguleres årligt. For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik.

Genoptræning i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Genoptræning uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ved egen valgt fysioterapeut eller kiropraktor i op til 6 måneder pr. sygdom/skade regnet fra operationsdatoen. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der brug for flere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en status eller en behandlingsplan fra din behandler. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

5.6.7 Rekreation

Forsikringen dækker udgifter til godkendt rekreationsophold i Danmark i direkte forlængelse af en behandlingskrævende operation eller indlæggelse, som forsikringen dækker. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter i op til 3 måneder, dog maksimalt 50.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af behandlende speciallæge samt Dansk Sundhedssikrings læge. Vi kan bede om at få tilsendt en behandlingsplan. Vi henviser til et behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk.

Der ydes ikke tilskud til ferielignende ophold, afstresning eller lignende. Der dækkes ikke rekreationsophold som følge af psykiske lidelser. Der kan maksimalt dækkes udgifter til rekreationsophold for 50.000 kr. pr. forsikret i hele forsikringstiden.

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne og på- og afklædning i maksimalt 6 måneder regnet fra udskrivelsesdatoen. Der dækkes ikke hjemmehjælp i de tilfælde,

hvor behovet kan tilskrives alderdom, demens, senilitet eller lignende. Vi kan vælge, at det skal være hos en hjemmeservicevirksomhed anvist af os.

5.6.9 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter til speciallæge i psykiatri, ved akut krisehjælp, hospice og terminal pleje eller ved tilvalgsdækningen "Misbrugsbehandling". Udgifter til taxa dækkes ikke. Transportudgifter til speciallægehjælp i udlandet dækkes ikke.

Refusion af regninger vedrørende transport skal være indsendt, senest 3 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse og behandling

Forsikringen dækker transportudgifter til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 75 km fra din bopæl. Der dækkes med statens laveste takst for kørsel i egen bil eller billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem hjemmet til og fra dækningsberettiget indlæggelse/operation. Liggende transport skal være ordineret af behandlende speciallæge. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at du af helbredsmæssige årsager ikke kan transporteres i bil, heller ikke som passager eller tage offentlige transportmidler, og at transporten ikke er dækket fra anden side. Vi kan vælge, at det skal være hos en leverandør anvist af os.

Medicinsk ledsager

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter for én medicinsk ledsager, hvis vi vurderer, at din helbredstilstand kræver, at der er en ledsager med.

5.7 Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling hos fysioterapeut og kiropraktor i Danmark efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at behandlingen sikrer progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til relevant behandlingsform. For at sikre, at du altid får den rette behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har behov for, og om du modtager den rette behandling.

Du skal altid have en gyldig lægehenvi sning til fysio terapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer).

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos egen valgt fysioterapeut eller kiropraktor i op til 6 måneder pr. sygdomsregion (knæ, skulder, hofte, nakke, ryg osv.). Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt.

GLA:D-træning ved slidgigt i hofte og knæ

Hvis du får diagnosticeret slidgigt i hofte eller knæ, kan vi ud fra en faglig vurdering vælge at dække et lægehenvi sning GLA:D-træningsforløb. Du skal have en gyldig lægehenvi sning og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering, og vi kan vælge, at behandlingen skal finde sted i vores netværk eller hos en behandler anvist af os. Der kan maksimalt dækkes ét GLA:D-forløb i forsikringstiden pr. sygdomsregion (knæ eller hofte). Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid. I de tilfælde, hvor vi ikke kan dække GLA:D-træning til din problematik, vil dækningen for almindelig fysioterapi være gældende. Ovenstående bestemmelser gælder også, hvis du er omfattet af tilvalg B, "Fysioterapi uden henvisning fra læge".

GLA:D Ryg

Hvis du får diagnosticeret langvarige (mere end 3 måneder) eller tilbagevendende rygsmerter, der påvirker din helbredstilstand og din hverdag, kan vi ud fra en faglig vurdering vælge at dække et lægehenvi sning GLA:D-træningsforløb. Du skal have en gyldig lægehenvi sning og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering, og vi kan vælge, at behandlingen skal finde sted i vores netværk eller hos en behandler anvist af os. Der kan maksimalt dækkes ét GLA:D Ryg-forløb i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid. I de tilfælde, hvor vi ikke kan dække GLA:D-træning til din problematik, vil dækningen for almindelig fysioterapi være gældende. Ovenstående bestemmelser gælder også, hvis du er omfattet af tilvalg B, "Fysioterapi uden henvisning fra læge".

Behandling i Sverige og Norge

Er du bosat i Sverige eller Norge, dækker vi godkendt behandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/takster. Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores netværk eller hos en behandler anvist af os.

5.8 Psykolog og psykiater

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig lægeordineret behandling hos psykiater eller autoriseret psykolog (autoriseret cand.psych.) i Danmark. Konsultationer ved neuropsykolog dækkes ikke. Er du henvist til et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal dette tilbud altid benyttes.

I de tilfælde, hvor vi sundhedsfagligt vurderer, at udrednings- og/eller behandlingsforløbet bedst kan varetages i det offentlige, f.eks. hvis der er stillet en diagnose på psykisk sygdom, der hører under de offentlige pakke- og behandlingsforløb i psykiatrien, eller hvis der ikke er varig bedring af tidligere forsøgt behandling (f.eks. hvis du har modtaget psykolog og/eller psykiaterbehandling for en tilbagevendende lidelse uden varig bedring), kan vi henvise til, at offentlige tilbud skal aktiveres og benyttes. Vi tilbyder vejledning omkring benyttelsen af de offentlige tilbud.

Forebyggende trivselslinje

Når du har en sundhedsforsikring hos Dansk Sundhedssikring, kan du ringe og personlig rådgivning, vejledning og støtte til trivselsrelaterede problemer, der ikke kræver egentlig behandling. Trivselslinjen håndteres af et erfarent internt rådgivningsteam, der alle har sundhedsfaglig baggrund og kan hjælpe dig med at forebygge og håndtere problemer, før de vokser sig store. Der dækkes både rådgivning til medarbejdere, ledere, HR og medforsikrede. Der rådgives f.eks. om:

- Private trivselsproblemer, f.eks. personlige kriser, børn, samliv, skilsmisse, livsstil og misbrug.
- Arbejdsrelaterede trivselsproblemer, f.eks. udbrændthed, afskedigelse, mobning og konflikter.
- Professionel sparring til ledere og HR.

Der kræves ikke lægehenvielse, og rådgivningsteamet vurderer, om der er behov for en opfølgende samtale. Rådgivningsteamet har tavshedspligt.

Trivselslinjen er åben alle hverdage fra 9-16. Man ringer via hovednummeret på 70206121 og taster sig ind på linjen via menuen.

Forebyggende stresslinje

Når du har en sundhedsforsikring hos Dansk Sundhedssikring, kan du få hjælp via stresslinjen. Her kan du få hurtig og personlig rådgivning allerede ved de første symptomer på stress. Linjen håndteres af et særligt erfarent sundhedsfagligt rådgivningsteam. Der kræves ikke lægehenvielse, og rådgivningsteamet

finder ud af, om der er brug for rådgivning med mulighed for opfølgning ved behov, eller om du skal i et behandlingsforløb. I de tilfælde, hvor det vurderes, at der er brug for behandling, vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende. Du kan ringe til stresslinjen alle hverdage i tidsrummet 9-16. Du taster dig ind på linjen via menuen, når du ringer på vores hovednummer 70206121.

Lederlinjen

Lederlinjen er et tilbud til HR og ledere og giver adgang til telefonisk rådgivning, hvor du som leder kan få hjælp til at undersøge nye perspektiver eller undersøge dine handlemuligheder, hvis du f.eks. har medarbejdere med stress, medarbejdere med private udfordringer der påvirker arbejdet, trivselsproblemer, mobning, konflikter, eller hvis der er sket en ulykke eller en voldsom hændelse på arbejdspladsen.

Lederlinjen håndteres af vores interne team for mental sundhed, der alle har relevant faglig baggrund, f.eks. psykologer, psykoterapeuter og sygeplejersker. Teamet for mental sundhed vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for opfølgende samtale.

Du kan ringe til lederlinjen alle hverdage i tidsrummet 9-16. Du taster dig ind på linjen via menuen, når du ringer på vores hovednummer 70206121. Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Psykolog

Forsikringen dækker lægeligt begrundet individuel behandling hos psykolog. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at du har en symptomgivende psykisk sygdom/skade, og at der er et lægeligt dokumenteret behov for at behandle. Vi vurderer, om du skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling.

Behandlingen skal sikre progression/bedring af tilstanden. Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller varigt forbedres, dækkes ikke.

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til relevant behandlingsform. Vi tilbyder forskellige behandlingsformer af f.eks. stress og angst.

Vi vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har behov for, og om du modtager den rette behandling. Parterapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos egen valgt psykolog i op til 6 måneder pr. sygdom/skade. Børn dækkes med maksimalt 5 behandlinger pr. kalenderår, også i tilfælde af flere skader. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra psykologen.

Har du en henvisning fra din læge, dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos en psykolog uden ydernummer dækkes psykologens takst, dog maksimalt 1000 kr. pr. behandling. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt.

For børn gælder, at der ikke kan dækkes behandling i vores netværk, såfremt behandling er startet hos en psykolog efter eget valg. Alderen for børn fremgår af aftalen.

Forskellige behandlingsformer tilpasset dit behov

For at sikre optimal behandling af din problemstilling, kan vi henvise til forskellige behandlingsformer, f.eks.:

- Individuelt forløb ved psykolog (behandling i vores netværk eller hos egen valgt behandler).
- Telefonisk forløb hos erfarne psykologer, organisationspsykologer og psykoterapeuter via netværk.
- Online stresshåndteringsforløb via netværk.
- Konsultationer hos erfarne kvalitetssikrede psykoterapeuter, som vi har indgået samarbejde med.
- Trepartsamtaler ved arbejdsrelateret stress (gælder ikke medforsikrede).

- Cool Kids/Chilled (angstbehandlingsprogram for børn fra 7-12 år og fra 13-17 år).
- Telefoniske forløb via vores interne trivsels- eller stresslinje.

Psykoterapeuter

Ved f.eks. behandlingskrævende stress, depression og angst kan vi i relevante tilfælde henvise dig til erfarne kvalitetssikrede psykoterapeuter, som vi har indgået samarbejde med, og som har særlig erfaring inden for forskellige psykologiske problemstillinger. Behandlingen er behovsbestemt og tildeles i portioner ud fra en faglig vurdering.

Telefoniske forløb

Ved behandlingskrævende lidelse med milde til moderate symptomer (f.eks. ved stress og angst) kan vi vælge at henvise til et telefonisk forløb ved erfarne psykologer og psykoterapeuter i vores netværk. Antallet af behandlinger er behovsbestemt ud fra en faglig vurdering.

Trepartsamtaler ved arbejdsrelateret stress

Ved arbejdsrelateret stress kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til trepartsforløb mellem dig, din leder (eller HR) og en psykolog. Forløbet har fokus på arbejdsmarkedssituationen, når der f.eks. er behov for at hjælpe med fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdspladsen. Forløbet har ikke forebyggende karakter og medtager ikke andre problematikker end stress. Forløbet er derfor ikke egnet i tilfælde med længerevarende belastningsreaktion, medicinsk behandling eller ved alvorlige stresstilfælde med langvarig sygemelding.

Vi finder en psykolog til dig med særlig erfaring inden for stress og stresshåndtering på arbejdspladsen. Forløbslængden beror på behandlerens sundhedsfaglige vurdering.

I de tilfælde, hvor du har arbejdsrelateret stress, men hvor trepartssamtaler på arbejdspladsen ikke er den rigtige løsning, vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende.

Cool Kids/Chilled angstbehandlingsprogram til børn

Ved lægehenvist psykologbehandling af angstlidelser opstået i forsikringstiden kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til angstbehandlingsprogrammet Cool Kids til børn i alderen 7-12 år og Chilled-programmet til børn i alderen 13-17 år.

Programmet tilbydes som et gruppeforløb for børn/unge og deres forældre eller i enkelte tilfælde som individuelt forløb.

Forløbet indledes med en individuel forsamtale med en psykolog, hvor det afklares om barnet er i målgruppen.

Vi henviser til en psykolog, og forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Der dækkes ét angstforløb i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

I de tilfælde, hvor vi ikke dækker angstprogrammet, f.eks. hvis psykologen vurderer, at programmet ikke er relevant, vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende.

Behandling i Sverige og Norge

Er du bosat i Sverige eller Norge, dækker vi godkendt behandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/takster. Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores netværk eller hos en behandler anvist af os.

Psykiater

Forsikringen dækker nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater, hvis vi vurderer, at det er muligt at opnå en væsentlig og varig forbedring af helbreds-tilstanden. Konsultationerne tildes i portioner, og vi henviser til en behandler. Samtalerapi ved psykiater er ikke dækket. Der dækkes ikke udgifter til medicin.

5.8.1 Akut krisehjælp

Forsikringen dækker akut krisehjælp, hvis vi vurderer, at du har fået en 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.
- Brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt).
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Dødsfald hos nærmeste pårørende.
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Hvis du overværer et familiemedlem eller en kollega pludselige uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

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

Der er ikke krav om lægehenvielse. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om der skal henvises til anden behandling. 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. Der kan maksimalt dækkes 5 konsultationer pr. hændelse.

Ved anmeldelse mere end 48 timer efter krisens årsag har fundet sted, vil dækningen for almindelig psykologhjælp altid være gældende.

Der dækkes ikke akut psykologbehandling i udlandet.

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

5.9 Hospice og terminal pleje

Forsikringen dækker godkendt ophold på dansk hospice i forbindelse med terminal diagnose stillet i forsikringstiden i op til 3 måneder, dog maksimalt 30.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af læge, og vi skal modtage en kopi af journal, hvor det fremgår, at diagnosen er terminal.

Alternativt kan vi tilkende terminal pleje i hjemmet var etaget af hjemmesygeplejerske i op til 3 måneder, dog maksimalt 30.000 kr.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til hospice eller terminal pleje for 30.000 kr. i hele forsikringstiden. Vi kan vælge, at det skal være et hospice eller en leverandør anvist af os.

5.10 Tandbehandling

Forsikringen dækker speciallægeordineret tandbehandling, når der er sket en skade på tænderne i direkte forbindelse med behandlingen af en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter op til 15.000 kr. pr. skade.

5.11 Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom og overvægt

Ved diagnosticeret diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et digitalt adfærdsændringsprogram, der blandt andet består af personlig coaching, gruppebaserede interventioner og skræddersyede sundhedsplaner. Programmet tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk.

Forløbet dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Der stilles ikke krav om lægehenvi-
sning, men behandlingen skal være lægeligt begrundet,
og vi vurderer, om du skal have en skriftlig lægehen-
visning eller anbefaling. Der kan maksimalt dækkes ét
forløb pr. lidelse i forsikringstiden. Du skal være 16 år
eller derover for at kunne anvende programmet.

6 Tilvalgsdækninger

Forsikringsaftalen viser, hvilke tilvalgsdækninger der er knyttet til forsikringen.

For alle tilvalgsdækninger gælder de samlede forsikringsbetingelser, men med de nærmere regler og undtagelser, som fremgår af de enkelte dækninger.

6.1 Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist

Tilvalget dækker behandling hos akupunktør, zoneterapeut, osteopat og diætist efter henvisning fra sundhedsteamet. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Der dækkes behandling i Danmark.

Akupunktur, zoneterapi og osteopati dækkes til lidelser i bevægeapparatet. Ved bevægeapparatet forstås sener, muskler og led i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled.

Behandlingerne skal være udført af RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør, registreret osteopat (medlem af Registrerede Osteopater Danmark) eller autoriseret klinisk diætist. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

Akupunktur

Akupunkturbehandling dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og vi vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Zoneterapi

Zoneterapi dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet.

Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for,

dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Osteopati

Osteopati dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 650 kr. for første behandling og 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Diætist

Der dækkes lægeligt begrundet behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Der dækkes udarbejdelsen af 1 kostplan pr. sygdom/skade.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Vi vurderer, om du skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling.

Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Hvis der i forsikringstiden diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjertekarsygdom, tarmlidelse,

urinsyregigt, cøliaki eller PCO/PCOS, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden. Forsikringen dækker ikke diætistbehandling til ønske om graviditet, amning, undervægt, sportsernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt til psykiske lidelser, herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker lægehenvist diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt (BMI over 30).

6.2 Tilvalg B Fysioterapi uden henvisning fra læge

Med dette tilvalg er der ikke krav om, at der foreligger en lægehenvist henvisning til fysioterapi.

Hvis vi vurderer, at der er sundhedsfaglig begrundelse for behandling, kan sundhedsteamet henvise direkte til behandling. Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør ses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Behandlingen skal sikre progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos egen valgt fysioterapeut og kiropraktor i op til 6 måneder pr. sygdomsregion (knæ, skulder, hofte, nakke, ryg osv.). Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten. Der dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 468 kr. for første behandling og 300 kr. for efterfølgende behandlinger.

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

6.3 Tilvalg C Misbrugsbehandling

Tilvalget dækker rimelige udgifter til behandling for misbrug og afhængighed af:

- Alkohol.
- Receptpligtig medicin.
- Narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer).
- Diagnosticeret ludomani (afhængighed af pengespil).

Der dækkes ikke andre former for misbrug end de ovennævnte. Du kan først få dækket "Misbrugsbehandling", når du har været omfattet af forsikringen i 6 måneder. Det er muligt at overføre anciennitet ved direkte overgang fra et andet selskab, hvor du også var omfattet af lignende dækning.

Lægehenvist henvisning

Behandlingen skal være skriftligt ordineret af praktiserende læge, og der skal efter vores vurdering være en realistisk helbredelsesmulighed.

Behandling skal godkendes

Behandling må ikke igangsættes uden forudgående godkendelse fra os. Vi henviser ud fra en faglig vurdering til ambulante- eller døgnbehandling på et behandlingssted i Danmark anvist af os.

Tidligere behandling

Forsikringen dækker ikke, hvis vi vurderer, at du tidligere har været i behandling for samme type misbrug. Ved tidligere behandling forstår vi:

- Opstart af planlagt ambulante- eller døgnbehandling på et offentligt eller privat behandlingssted.
- Hvis du har været i et behandlingsforløb med minimum 4 timers ugentlig behandling.
- Hvis du har været i et behandlingsforløb, hvor du samlet har modtaget mere end 25 timers behandling.
- Hvis du har været i antabusbehandling via egen læge i mere end 3 uger.
- Spil/ludomani dækkes ikke, hvis du tidligere har været i psykologbehandling for dette.
- Anden behandling, der kan sidestilles med ovenstående punkter.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor du får tilbagefald til et misbrug i forsikringstiden, eller hvis du afbryder et behandlingsforløb igangsat af os. Vi betragter et forløb som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

Der kan maksimalt dækkes udgifter for op til 100.000 kr. pr. forsikret samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

Forsikringspræmien for denne dækning er skattefri for virksomhedens medarbejdere, når der foreligger en skriftlig lægeerklæring om behovet for behandling, og dækningen tilbydes samtlige virksomhedens medarbejdere. Dækningen skelner ikke mellem, om misbruget er arbejdsrelateret eller andet. Hvis dækningen ikke tilbydes alle medarbejdere, er hele forsikringspræmien for denne dækning skattepligtig for forsikrede.

6.4 Tilvalg E Privathospitalsdækning

Dette tilvalg kan kun købes som tilvalgsdækning til Sundhedsforsikring Erhverv Heltid.

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik.

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer er nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentligt og varigt reducere sygdommen.

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

Lægehenviisning

Du skal altid have en gyldig henviisning fra din læge. Hvis din læge vurderer, at du har brug for undersøgelse eller behandling, skal du henviises til relevant speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henviisning kan du anvende, når du ønsker at bruge din forsikring.

Ultralydsscanning, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henviisning.

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling er sat i gang inden for 10 hverdage i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenviisning eller anden

relevant information, starter de 10 hverdage efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Hvis vi vurderer, at behandlingen hensigtsmæssigt kan finde sted hos et privat behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk, kan du med dette tilvalg vælge, at det skal være i privat regi. Vi henviser til en privat klinik eller et privathospital i vores landsdækkende netværk. Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

Vi kan til hver en tid bede om journaloplysninger, henviisning eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling i det private sundhedsvæsen, f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste.
- Hvis du udtrykker ønske om behandling på et senere tidspunkt end perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser, komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.
- Under storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol. I disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

6.5 Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig behandling af diagnosticeret slidigt eller anden kronisk lidelse i bevægeapparatet med op til i alt 12 fysioterapi-, kiropraktor- eller massagebehandlinger pr. kalenderår. Af de 12 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 4 af dem være til fysiurgisk massage, og maksimalt 4 behandlinger kan være chokbølgebehandling udført af fysioterapeut eller kiropraktor.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække chokbølgebehandling ESWT udført af

fysioterapeut eller kiropraktor ved diagnosticerede længerevarende (mere end 3 måneder) gener af tennisalbue, akillesenebetændelse, hælspore samt skuldertendionopati, hvor konservativ behandling er utilfredsstillende, eller som alternativ til kirurgi ved non-union (manglende heling af knoglebrud). Der stilles ikke krav om lægehenviisning, men behandlingen skal være lægeligt begrundet, og vi vurderer, om du skal have en skriftlig anbefaling fra læge, kiropraktor eller fysioterapeut.

Forebyggende og lindrende behandlinger er dækket, og der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Ved chokbølgebehandling ESWT kan vi vælge, at behandlingen skal finde sted i vores netværk eller hos en behandler anvist af os. Der dækkes behandling i Danmark hos autoriserede behandlere.

Massage skal være ved en registreret fysiurgisk massør. Chokbølgebehandling skal være ved en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som anvender fokuseret chokbølgeudstyr/fokuserede maskiner.

For dette tilvalg gælder der ikke en grænse på 6 måneders behandling ved fysioterapi/kiropraktor. Ligeledes gælder begrænsningen for medarbejdere ansat i fleks- eller skånejob heller ikke for dette tilvalg. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en lidelse/problematik i de tilfælde, hvor vi vurderer, at problemet ikke kan afhjælpes eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning. Der kan i forsikringstiden maksimalt dækkes én chokbølgebevilling pr. problematik.

Der dækkes behandlerens takst, dog kan der for fysioterapi maksimalt dækkes 468 kr. for første behandling og 300 kr. for efterfølgende behandlinger. For fysiurgisk massage kan der maksimalt dækkes 300 kr. pr. behandling (30 minutter). For kiropraktik dækkes maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter taksten for almindelig kiropraktik. For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling.

Når behandlingen ydes som tillægsbehandling, kan der maksimalt dækkes et tillæg på 220 kr. til de øvrige

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

Telefonisk psykologhjælp til vedvarende psykiske lidelser

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig individuel telefonisk psykologisk rådgivning og støttende samtaler til psykiske lidelser, som vi vurderer som vedvarende, f.eks. langvarig stress, depression, opmærksomhedsforstyrrelser, vedvarende angstlidelser, spiseforstyrrelser, OCD, fobier, PTSD og komplicerede sorgtilstande samt hjælp til pårørende til alvorligt psykisk syge personer.

Øvrige psykiske lidelser og tilstande dækkes ikke, herunder adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning, overvægt, afhængighed, parterapi, familieterapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling samt udgifter til journaler, attester, psykologiske- og kognitive tests og lignende.

Behandling i vores kvalitetssikrede netværk

Behandlingen skal være sundhedsfagligt begrundet, og sundhedsteamet kan i nogle tilfælde vurdere, at du skal have en skriftlig lægehenviisning eller anbefaling. Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Samtalerne har en varighed på cirka 30 minutter, og der dækkes det nødvendige antal samtaler ud fra behandlerens faglige vurdering. Behandleren kan vælge at stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. For medforsikrede familiemedlemmer med gældende karenperiode vil lidelser opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringens start, dog først være omfattet af dækningen efter karenperiodens udløb. Kollektive børnedækninger har ingen karen. Begrænsningen for medarbejdere ansat i fleks- eller skånejob gælder ikke for denne dækning.

Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. kalenderår, uanset antal skader/lidelser. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

Vi kan afvise at dække behandling af tilbagevendende lidelser/tilbagefald, hvis vi tidligere har dækket behandling vedrørende samme problematik på dette tilvalg.

Fodterapi

Tilvalget dækker behandling ved fodterapeut, hvis du har en henvisning fra din læge på grund af diabetes, leddegigt, nedgroede negle eller arvæv efter strålebehandling. Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. kalenderår og der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Ved diabetes dækkes der en årlig fodstatus.

Du kan selv vælge, hvilken behandler, der benyttes. Dog skal du have en gyldig lægehenvi sning til fodterapi og behandlingen skal udføres i Danmark af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring/regionerne (ydernummer). Der dækkes beløbet tilsvarende egenbetalingen (patientandelen) efter tilskud fra sygesikringen i de overenskomstregulerede takster for fodterapeuter. Forsikringen dækker ikke afstandstillæg, kørselsgodtgørelse, indlæg, tilretning af indlæg og lignende.

6.6 Tilvalg G Online lægevagt

Dette tilvalg kan kun købes som tilvalgsdækning til virksomhedsordninger. Der dækkes nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt til den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn.

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge og tilbyder hurtig adgang til mail- og videokonsultationer med en privat lægevagt uden for almindelig åbningstid. Lægevagten betjenes af erfarne speciallæger i almen medicin og kan give lægefaglige råd og vejledning og svare på spørgsmål om sygdom og sygdomssymptomer, der ikke kræver fysisk undersøgelse. Lægevagten kan også udskrive og forny de fleste recepter, vejlede om håndkøbsmedicin og henvise til regionale offentlige sygehuse.

Du kan f.eks. få hjælp til mellemørebetændelse, bihulebetændelse, øjenbetændelse, forkølelse og influenza, hovedpine og migræne, muskel- og ledsmerter, astma, allergi, sår, hududslæt og eksem, opkast og diarré, urinvejsinfektion, søvnproblemer, psykiske lidelser, prævention, graviditet og amning og syge børn med feber. Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af eksisterende sygdom, bør du straks kontakte lægevagten/1813 eller 112.

I de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for det, vil lægen henvise til egen læge, lægevagten eller offentligt sygehus. F.eks. hvis der er behov for en fysisk undersøgelse, blodprøver eller spørgsmål til et igangværende behandlingsforløb.

Lægevagten kan kun henvise til offentligt sygehus eller skadestue i de tilfælde, hvor det ud fra en lægelig vurdering skønnes nødvendigt. Lægevagten kan ikke henvise til billeddiagnostik. Der dækkes ikke transport i forbindelse med en eventuel indlæggelse. Lægevagten kan kun arrangere transport i tilfælde af akut indlæggelse via 112.

Lægevagten udskriver ikke recepter på medicin, der er vanedannende eller medicin med misbrugspotentiale, f.eks. sovemedicin, beroligende medicin og morfika. Lægevagten kan altid ud fra et fagligt skøn, vælge ikke at udskrive medicin og i stedet henvise til offentlige behandlingstilbud.

Lægevagten kan ikke udstede lægeerklæringer samt lægeattester i forbindelse med kørekort, aktiviteter og sundhedstjek, da dette kræver fysisk undersøgelse.

Lægevagten kan ikke svare på spørgsmål til sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi mv.

Der dækkes ikke konsultationer hos privat lægevagt uden for vores netværk.

Sådan anvender du lægetjenesten

Lægevagten betjenes af erfarne læger i hverdage samt weekender og helligdage. Det er hurtigt og nemt at bruge lægetjenesten ved hjælp af computer, tablet eller smartphone. Du kan bestille tid, når det passer dig eller vente på, at en læge bliver ledig. Du har også mulighed for at skrive til lægen 24 timer i døgnet. I åbningstiden får du svar inden for én time. Lægevagten kan benyttes i Danmark og under ophold i udlandet.

Når du bruger lægevagten, er du datasikret, og vi har ikke adgang til oplysninger om, hvad du har talt med lægen om. Du kan læse mere om brug af lægetjenesten via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

7 Hvad forsikringen ikke dækker

Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til:

- Akut behandling og akutte situationer, som kræver hurtig assistance og ikke kan afvente planlagt behandling (f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte og som kræver øjeblikkelig behandling (f.eks. livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom) samt kræftpakkeforløb.
- Forebyggende og vedligeholdende undersøgelse og behandling, vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden dækkes i op til 6 måneder fra diagnostidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolforhøjelse, åreforkalkningssygdomme, alle former for gigt- og degenerative lidelser (slidgigt), aldersbetinget rygglitage (spondylose), knoglesygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, reflux, kronisk tarmbetændelse, irriteret tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose, klimakteriegener, vaginal atrofi, hormonelle lidelser og lignende.
- Medfødte lidelser, og lidelser der kan relateres til fødsel/fosterstadiet samt følger heraf. Det kan f.eks. være hoftedysplasi, deformiteter, hofteskred og skoliose. Udredning og behandling af astma, benlængdeforskel (anisomeli) og dyspraksi dækkes ikke.
- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, og pilonidalcyster.
- Kosmetiske behandlinger og operationer samt følger heraf, herunder lidelser som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystforstørrende og brystformindskende operationer, rekonstruktion af bryst, problemer med kosmetiske implantater, pandeløft, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti. Der dækkes ikke behandlinger med botox og Xiapex.
- Behandling eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt. Der dækkes diætist-behandling ved overvægt ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist.
- Alle former for vorter, godartede modermærker og pletter, lipomer, akne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, hudtransplantationer, aktinisk og seborroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Gener, infektion og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.
- Kønssygdomme, HIV/AIDS samt forstadier og følgesygdomme heraf. Alle former for prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral (gælder også ved menoragi) samt følger heraf. Udredning og behandling af seksuel dysfunktion.
- Udredning og behandling for barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.
- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.
- Ved undersøgelse, kontrol, scanning og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel, henviser vi til de offentlige tilbud. Vi hjælper med rådgivning i den videre proces.

- Sygdomme hos det ufødte barn. Kolikmerter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Behandling og udredning af ADHD med undertyper, Aspergers og lidelser inden for autismspektret, demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb. Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed. Parterapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.
- Alle former for fobier, f.eks. flyveskræk, højdeskræk og eksamensangst. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Socialfobi. Der dækkes ikke tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familierapi, coaching, selvudvikling og lignende.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske- og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.
- Hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvens-ablation (RFA) og DC-konvertering samt hjerteoperationer.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, søvnforstyrrelser, f.eks. søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinik.
- Alle former for tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi samt bideskinner (tandbehandling dækkes ud fra bestemmelserne i punkt 5.10).
- Følgesygdomme af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, synskorrigerende, vitrektomi, briller, kontaktlinser og/eller synstest, operation for nær- og langsynethed samt bygningsfejl, synskorrigerende linse ifm. operation for grå stær, høreforbedrende behandling, høreapparater og høreprøver.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelse som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere.
- 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.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte, skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier og pandemier.
- Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt. Vækstfaktor og orthokine behandling, PRF-behandling, PRP-behandling, hyaluronsyre (injektioner) og modic forandringer. Der dækkes ikke eksperimentelle og alternative handlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter.
- Konsultationer hos alment praktiserende læge, speciallæge i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed.
- Udredning og behandling, som vi betragter som kompliceret og højtspecialiseret, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være komplicerede rekonstruktioner, organ donation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperation, protonterapi og behandling med stamceller.

8 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 skadesager foregår enten telefonisk eller via korrespondance-funktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

8.1 Forsikringens varighed

Forsikringens varighed fremgår af forsikringsaftalen. Forsikringen bliver automatisk fornyet ved hovedforfaldsdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

8.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 1.000.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter. Forsikringssummen gælder som et samlet maksimum, uanset om der er tegnet flere dækninger og tilvalg.

8.3 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 ved elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse.

Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked. Vi har ret til at få dækket eventuelle udgifter til porto. Opkrævning for medforsikrede sendes direkte til medarbejderen, medmindre andet fremgår af aftalen.

Sammen med betalingen opkræver vi eventuelle gebyrer, herunder udgifter til porto, der dækker vores ekspeditionsomkostninger ved betalingen. Vi opkræver også eventuelle afgifter til staten.

Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales, senest sidste rettidige betalingsdag, så sender vi en rykkerskrivelse med betalingsfrist senest 10 dage, efter at rykkerskrivelsen er sendt. Vi har ret til at opkræve et rykkergebyr.

Hvis forsikringen ikke betales, senest 10 dage efter at rykkerskrivelsen er sendt, så sender vi en påmindelse med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen samt rykkergebyret ikke er betalt, senest 21 dage efter at påmindelsen er sendt.

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter de gældende regler, jf. punkt 8.5 "Opsigelse og ophør af forsikringen".

8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Der udarbejdes en årsopgørelse af 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 ændring i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Sker dette, kan du vælge at opsiges aftalen skriftligt senest løbende måned plus en måned 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 udover indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet fremgår af aftalen. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

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

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

Ændringer i forsikringsbetingelserne, som udelukken-
de 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
ændring af forsikringsbetingelserne eller prisen og vil
ikke blive varslet.

8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer som er tegnet for et år ad gangen bliver
automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen. Medmin-
dre andet er aftalt, indgås der en årspolice med årlig
opgørelse af debitering eller kreditering.

Forsikringstager kan opsigte forsikringen skriftligt med
løbende måned plus en måned. Dansk Sundheds-
sikring kan opsigte forsikringen skriftligt med løbende
måned plus en måned. Ved tegn på svig eller ved
forsøg på svig kan vi opsigte forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af den måned,
hvor din ansættelse ophører, hvis du udtræder af ord-
ningen eller ved manglende betaling af præmien.

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis
du ikke længere har folkeregisteradresse i Norden eller
Tyskland. Dette gælder ikke ved udstationering.

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, så mister du retten til dæk-
ning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Un-
dersøgelse og behandling af sygdom/skade, der er
anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op
til 3 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen
forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger,
f.eks. lægehenvi-
sing. Dette gælder i alle tilfælde, også
hvis den samlede ordning ophører.

Medforsikrede

For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedfor-
sikret, der er dækket under en virksomhedsordning,
gælder det, at forsikringen fortsætter til den dato, hvor
der er betalt dækning til i de tilfælde, hvor den hoved-
forsikrede træder ud af ordningen.

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 21
år, er dækket frem til næste betalingsperiode. For kol-
lektive børnedækninger ophører dækningen af børnene
altid, hvis hovedforsikredes dækning ophører eller ved
udgangen af den måned, hvor barnet fylder 21 år, med-
mindre anden alder gælder for aftalen.

Videreførelse af forsikringen

Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsord-
ningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre
din forsikring på vores individuelle betingelser og indivi-
duelle pris for private. Dit ønske om videreførelse skal
ske inden eller i direkte forbindelse med udmeldingen
af den hidtidige forsikringsaftale. Videreførelsen vil da
ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis du ikke
begærer om videreførelse uden ophold, vil der ved
videreførelse være 6 måneders karens for eksisterende
lidelser. Medforsikrede har også mulighed for at søge
om videreførelse af forsikringen på vores individuelle
betingelser og individuelle pris for private.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger og/eller transport
skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste
behandlingsdato for at være berettiget til refusion.

8.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/ende 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 altid have besked om dette.

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forplig-
tet til at give os alle relevante oplysninger, herunder
tilladelse til at vi indhenter nødvendige oplysninger hos
læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant
kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger,
som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret
journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred.
Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke.
Oplysningerne vedrører både perioden før og efter
forsikringens ikrafttrædelse.

Hvis du flytter, skal vi altid have besked om dette.
Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid
oplyses i forbindelse med oprettelse af skade, da vi er
berettiget til dette tilskud.

Medforsikrede ægtefælle/samlever har pligt til at oplyse
os, hvis de bliver skilt eller fraflytter medarbejderen,
som er omfattet af ordningen.

Når du fratræder din stilling

Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratruddt eller fratræder virksomheden ved anmeldelse af sygdom/skade, eller hvis du anmoder om behandling. Forsikringen dækker godkendte skader, der er anmeldt i forsikringstiden i op til 3 måneder fra datoen, hvor du fratræder virksomheden. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til undersøgelse eller behandling, hvis du ikke har oplyst, at du er fratruddt virksomheden og har modtaget mere end 3 måneders behandling.

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 subsidiær, 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.

8.7 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 indtegnning, 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 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.

8.8 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, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringsselskaber, pensionselskaber, Sundhed.dk mv. Oplysninger 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, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger").

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

8.9 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.

8.10 Forældelse

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

8.11 Klagemuligheder

Hvis du er uenig 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 kvalitetsafdeling, der er ansvarlig for klager, 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.

Klagen skal indeholde dit navn og din adresse og en kort redegørelse for, hvorfor du er uenig 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. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet.

Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder Forsikringsaftaleloven og Lov om finansiel virksomhed. 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 ved 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 forsikringsbetingelser, vil eventuelle uoverensstemmelser som følge af oversættelsen medføre, at det altid er den danske tekst, der er gældende.

8.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring på telefon 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

Du kan også finde mere information på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk, hvor du også kan anmelde din skade online.