

Topdanmark

DANSK

SUNDHEDS
SIKRING



Betingelser – Privat

Sundhedsforsikring Senior

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	3	5.6.	Efterkontrol	10
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3	5.6.1	Reoperation	11
1.2	Hvad dækker forsikringen	3	5.6.2	Second opinion	11
2.	Hvem er dækket af forsikringen	3	5.6.3	Medicinudgifter	11
2.1	Medforsikrede	4	5.6.4	Midlertidige hjælpemidler	11
2.2	Karensbestemmelser	4	5.6.5	Genoptræning efter operation	11
3.	Hvor dækker forsikringen	4	5.6.6	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	11
4.	Brug af forsikringen	5	5.6.7	Transportudgifter	12
4.1	Lægehenviisning	5	5.7	Fysisk sundhed	12
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	5	5.8	Mental sundhed	13
4.3	Akut behandling er ikke dækket	5	5.8.1	Akut krisehjælp	14
4.4	Rejser og udlandsophold	5	5.8.2	Online lægevagt	15
4.5	Udeblivelse fra behandling	5	6.	Hvad forsikringen ikke dækker	16
4.6	Igangværende og planlagt behandling	5	7.	Generelle bestemmelser	19
4.7	Udgifter til behandlinger	5	7.1	Forsikringens varighed	19
4.7.1	Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling	6	7.2	Forsikringssum	19
4.8	Valg af behandler	6	7.3	Betaling af forsikringen	19
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	6	7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	20
4.10	Anmeldelse af skade	7	7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	20
5.	Hvad dækker forsikringen	7	7.6	Oplysningspligt	21
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	7	7.7	Behandling af personoplysninger	21
5.2	Kroniske sygdomme	8	7.8	Behandling af helbredsoplysninger	21
5.3	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	8	7.9	Urigtige oplysninger	22
5.4	Smerteudredning	8	7.10	Forældelse	22
5.5	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	8	7.11	Klagemuligheder	22
			7.12	Hvis du vil vide mere	22
			7.13	Fortrydelsesret	22

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2024.

Forsikringsaftalen er tegnet gennem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt Dansk Sundhedssikring.

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

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den person, der står som forsikringstager i policen.

Forsikringstager modtager information fra Dansk Sundhedssikring om forsikringen og om, hvordan den bruges. Definition af de enkelte begreber, som er anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

Den person, 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 behandling. 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.

2. Hvem er dækket af forsikringen

Forsikringen kan tegnes af privatpersoner, der er fyldt 60 år - og senest to år efter udtræden af arbejdsmarkedet. Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse. Undtagelser vil fremgå af aftalen.

2.1 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever til en særskilt pris. Ægtefælle/samlever kan indtegnes fra det fyldte 60. år – og senest to år efter udtræden af arbejdsmarkedet. Undtagelser vil fremgå af aftalen.

Ægtefælle/samlever skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse.

2.2 Karensbestemmelser

Karensperioden afhænger af, om du allerede har en sundhedsforsikring hos os.

- Har du allerede en anden aktiv sundhedsforsikring hos os – og tegner Sundhedsforsikring Senior i direkte forlængelse af den eksisterende forsikring – er der ingen karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser.
- Har du ikke en sundhedsforsikring hos os, er der 6 måneders karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at du skal have været omfattet af nærværende forsikring 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.

3. Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi henviser 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.

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 henvi sning 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 henvi sning 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 afvente planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, faldulykker, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, 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, Akuttelefonen, skadestue eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved behov for akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade 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 i Grønland eller på 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 forsikringsselskab, 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 forsikringsselskab, 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, 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 undersøgelse eller behandling på privatklinik 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.

4.7.1 Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling

For fysioterapi dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik. Psykologbehandling foregår i vores kvalitetssikrede netværk, og vi afregner med behandleren. 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 helbredstilstanden.

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

Psykologbehandling foregår i vores kvalitetssikrede netværk.

Ved undersøgelse og behandling hos speciallæge vil første undersøgelse og/eller behandling igangsættes inden for 15 hverdage i enten det offentlige eller private sundhedsvæsen. Vi henviser til klinik. De 15 hverdage gælder ikke for speciallæge i psykiatri (psykiater) eller ved udredning af knogleskørhed.

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

Den hurtigste måde at anmelde en skade er at anmelde den online via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk. Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

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

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. Hvad dækker forsikringen

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger. 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 og sundhedsrådgivning

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

Du tilbydes telefonisk sygeplejerske-, fysioterapeut- og lægekonsultation til alle sundheds- og helbredsproblemer – også dem, der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen. Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer.

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystemets behandlingstilbud – f.eks. patientretigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, 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 dig rådgivning i forbindelse med dit behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

5.2 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling ved speciallæge 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 i bevægeapparatet, som er opstået i forsikringstiden dækkes med fysioterapi, kiropraktik udover de 6 måneder fra diagnosetidspunktet.

Kroniske sygdomme og lidelser i bevægeapparatet, som er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er dækket med fysioterapi og kiropraktik, når den gældende karenperiode er overstået, jf. punkt 2.2 Karensbestemmelser.

Øvrige kroniske lidelser og sygdomme, som er 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 sundhedssystemes behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier samt hjælp til offentlig tidsbestilling.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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 "Mental sundhed".

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.

Lægehenvi sning

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

Undersøgelles- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling ved speciallæge er sat i gang inden for 15 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 15 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 15 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 på et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi henviser 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, henvisninger eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

Undersøgelles- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig en tid inden for garantien på 15 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 15 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.

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 modernærker og pletter, akne, eksem samt alle former for vorter, ligtorne 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 ikke behandling med Mohs kirurgi eller lignende behandlingstyper.

Allergiuudredning

Forsikringen dækker udredning for allergi til at kunne stille en diagnose. Udredningen skal være skriftligt ordineret af en læge og godkendt af os. Er du tidligere udredt for samme allergi, dækkes ikke en ny udredning.

Grå stær

Grå stær diagnosticeret i forsikringstiden, herunder udvikling af efterstær, dækkes i op til 6 måneder fra diagnositidspunktet. Der dækkes behandling og operation ud fra Sundhedsstyrelsens gældende retningslinjer, som anvendes i det offentlige sundhedsvæsen for behandling af aldersbetinget grå stær.

Efterstær betragtes som en følgelidelse og dækkes i op til 6 måneder fra diagnositidspunktet. Grå stær og efterstær, som er diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

Åreknuder

Åreknuder 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 på 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.

Knogleskørhed

Forsikringen dækker – i relevante tilfælde – udredning for knogleskørhed samt én eventuel injektion med biologisk lægemiddel, såfremt dette er ordineret af speciallægen. Yderligere behandling eller øvrige medicinske behandlingsformer dækkes ikke. Sundhedsteamet kan vejlede dig om de offentlige behandlingstilbud.

Behandlingsgarantien på 15 hverdage gælder ikke for udredning af knogleskørhed. Sundhedsteamet kan hjælpe med at finde en tid i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen.

Misbrugsvejledning

Hvis du har et misbrug af f.eks. alkohol, medicin eller stoffer, kan du ringe til vores sundhedsteam og få rådgivning. Sundhedsteamet kan også vejlede dig om offentlige behandlingstilbud.

5.6. Efterkontrol

Forsikringen dækker nødvendig ambulant efterkontrol efter dækningsberettiget operation foretaget via os i op til 24 måneder efter sidste behandlingsdag, under forudsætning af, at forsikringen stadig er aktiv. Kontrollen skal være ordineret af relevant speciallæge og efter vores vurdering være rimelig og nødvendig. Forsikringen dækker ikke gentagne kontroller.

5.6.1 Reoperation

Forsikringen dækker en reoperation efter en dækningsberettiget operation, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os, og der ikke er helbredsmæssige årsager til, at der ikke kan anbefales en reoperation.

Reoperationen skal være ordineret af speciallæge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge. Vi henviser til et behandlingssted.

5.6.2 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 henvise 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).

5.6.3 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 24 måneder fra operationsdatoen. Der dækkes ikke udgifter til håndkøbsmedicin. Det gælder også, hvis medicinen både fås på recept og i håndkøb.

5.6.4 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer, er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation på et behandlingssted anvist af os. Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Udgifter til hjælpemidler ved ambulante 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.

5.6.5 Genoptræning efter operation

Forsikringen dækker ambulante genoptræning hos en fysioterapeut i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Operationen skal være foretaget på et behandlingssted anvist af os. Ved bevægeapparatet forstås sener, muskler og led i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled. Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge, og du skal altid have en gyldig henvisning til fysioterapi fra speciallægen. Der dækkes ikke rekreative- og behandlingsophold.

Genoptræning vil altid foregå i vores kvalitetssikrede netværk. Der dækkes et genoptræningsforløb pr. dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Forløbet kan – efter en faglig vurdering – vare i maksimalt op til 6 måneder.

5.6.6 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 samt på- og afklædning i maksimalt 3 måneder regnet fra udskrivelsesdatoen og maksimalt op til 30.000 kr. i forsikringstiden.

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 hjemmeservice-virksomhed anvist af os.

5.6.7 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. Udgifter til taxa 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/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 på et behandlingssted anvist af os. 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 Fysisk sundhed

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 behandling, og at behandlingen sikrer progression/bedring af tilstanden. Der dækkes maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår, uanset antal skader/lidelser.

Fysioterapi

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til fysioterapi enten i vores kvalitetssikrede netværk eller ved en behandler efter eget valg. Sundhedsteamet vurderer, om du i relevante tilfælde skal have en lægelig vurdering/ lægehenvisning. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

Hvis du får diagnosticeret artrose i hofte eller knæ, langvarige (mere end 3 måneder) eller tilbagevendende rygsmærter, kan vi ud fra en faglig vurdering vælge at dække et GLA:D-træningsforløb. Sundhedsteamet kan visitere direkte til behandling.

Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør tilses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering og ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer for GLA:D-forløb. Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

For GLA:D-træning gælder der ikke en grænse på 6 måneders behandling fra diagnositidspunktet.

Der ydes dækning for behandlerens takst – dog maksimalt for det beløb, der svarer til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

Der kan maksimalt dækkes ét GLA:D-forløb i forsikringstiden pr. sygdomsregion (knæ, hofte, ryg. 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.

Kiropraktor

Forsikringen dækker behandling ved kiropraktor i direkte forlængelse af fysioterapibehandling anvist af os. Behandlingen skal altid være anbefalet af den behandlende fysioterapeut. Vi kan bede om at få tilsendt en behandlingsplan.

5.8 Mental sundhed

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig lægeordineret behandling hos psykiater, psykoterapeut eller autoriseret psykolog (autoriseret cand.psych.) i Danmark.

I de tilfælde, hvor vi sundhedsfagligt vurderer, at udredning og/eller behandling bedst kan varetages i det offentlige, kan vi henvise til, at offentlige tilbud skal aktiveres og benyttes. Det kan f.eks. være i de tilfælde, hvor der ikke er varig bedring af tidligere forsøgt behandling hos en psykolog og/eller en psykiater, eller hvis der er tale om en tilbagevendende lidelse. Vi tilbyder vejledning og støtte i processen.

Er du henvist til et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal dette tilbud altid benyttes.

Psykolog og psykoterapeut

Forsikringen dækker lægeligt begrundet individuel behandling hos en psykolog eller en psykoterapeut til følgende lidelser:

- Mild til moderat depression efter psykometrisk test (depressionsscore)
- Angst
- Tilpasningsreaktion
- Belastningsreaktion
- Stress.

Lidelsen skal være symptomgivende, og der skal være et lægeligt behandlingsbehov. Du skal altid have en gyldig henvisning eller anbefaling fra din læge.

Behandlingen skal sikre progression/bedring af tilstanden. Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller varigt forbedres, dækkes ikke. Tilbagevendende lidelser, som tidligere er behandlet via forsikringen, dækkes ikke.

Forebyggende og vedligeholdende behandling dækkes ikke.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker behandling i vores kvalitetssikrede netværk. Vi kan efter en faglig vurdering henvise til individuel fysisk eller online/digital behandling ved en psykolog eller en psykoterapeut i vores 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.

Psykiater

Forsikringen dækker nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater, hvis vi vurderer, at det er muligt at opnå en væsentlig og varig forbedring af helbredtstanden. Det er en forudsætning for dækning, at lidelsen er dækningsberettiget. Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2000 kr. pr. konsultation.

Følgende lidelser dækkes:

- Mild til moderat depression efter psykometrisk test (depressionsscore)
- Angst
- Tilpasningsreaktion
- Belastningsreaktion
- Stress.

Forebyggende trivselslinje og seniorrådgivning

Når du har en sundhedsforsikring hos Dansk Sundhedssikring, kan du ringe og få 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 rådgives f.eks. om:

- Private trivselsproblemer – f.eks. arbejdslivet som senior, personlige kriser, seniorliv, pensionering, børn, samliv, skilsmisse, livsstil, helbred, sygdom og misbrug.

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

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

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 familiemedlems eller en kollegas 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 lægehenviisning. 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.

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.

5.8.2 Online lægevagt

Der dækkes nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt til den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år.

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 m.v.

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 1 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.

6. 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. faldulykker, 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 (udover, hvad der er beskrevet i de enkelte afsnit), 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 diagnosetidspunktet, 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 kolesterolførhøjelse, åreforkalknings sygdomme, alle former for gigt- og degenerative lidelser (slidgigt), aldersbetinget rygsnitage (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, irritable tyktarm, grøn stær, tinnitus, Menières 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 stramt tungebånd, 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, Xiapex eller behandling af svedtendens.

- Behandling eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt.
- Alle former for vorter, godartede modermærker og pletter, lipomer, akne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, hudtransplantationer, aktinisk og seboroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Gener, infektioner 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 af kønsdysfori.
- Behandling og udredning af ADHD med undertyper, Aspergers og lidelser inden for autismspektret, demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf.
- Behandling og udredning af demens.
- 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, forældre- og familiesamtaler, familierapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.
- Alle former for fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk og eksamensangst. Socialfobi. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Der dækkes ikke tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- 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.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Samtaleterapi og medicinudgifter ved psykiater.
- Hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (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.

- Behandling af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler samt følgelidelser heraf.
- Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, synskorrigerende, vitrektomi, briller, kontaktlinser og/eller synstest, operation for nær- og langsynethed samt bygningsfejl, syns- korrigerende 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 forsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg eller deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed.
- Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt. Der dækkes ikke eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter.
- Der dækkes ikke vækstfaktor- og orthokine-behandling, PRF-behandling, PRP-behandling, hyaluronsyre (injektioner) og Modic-forandringer.
- 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.

7. Generelle bestemmelser

Kommunikation

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

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 250.000 kr. pr. person pr. forsikringsår. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

7.3 Betaling af forsikringen

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

Månedlig betaling

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

Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

For sen betaling

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

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

Gebyr for serviceydelser

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

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

Vi forhøjer et eksisterende gebyr med en måneds varsel til den første i en måned. Vi indfører nye gebyrer med tre måneders varsel til den første i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside. Gebyrerne fremgår af vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Præmien reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset.

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændring i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Sker dette, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt senest løbende måned plus en måned, efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller præmien for allerede etablerede ordninger med en måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet fremgår af aftalen. Præmien vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsige aftalen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen. Opsiges aftalen ikke skriftligt, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller præmie.

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

Præmieændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter og lignende fra offentlig side betragtes ikke som ændring af forsikringsbetingelserne eller præmien og vil ikke blive varslet.

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringen, som er tegnet for et år ad gangen, bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen.

Forsikringstager kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. Opsigelse ved fornyelsesdato er gratis. Opsigelse herudover pålægges at administrationsgebyr.

Dansk Sundhedssikring kan opsige forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsige forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Danmark. Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne under punkt 7.3 "Betaling af forsikringen" Dækning ved ophør af forsikringen.

Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning efter 6 måneder for allerede anmeldte og godkendte skader. Anmeldelse af ny skade skal altid ske senest 6 måneder efter forsikringens ophør. Skaden skal altid være sket i forsikringstiden. Har du en henvisning fra din egen læge, skal denne altid være dateret i forsikringstiden. Sygdom/lidelse opstået efter forsikringens ophør eller henvisninger, som er dateret efter forsikringens ophør, er ikke omfattet af forsikringen og dækkes ikke.

Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvi-
sning.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger og/eller transport skal altid være indsendt senest 6 måneder efter sidste behand-
lingsdato for at være berettiget til refusion.

7.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sendte 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 forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at vi
indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred.

Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret journaler eller andet skriftligt
materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden
før og efter forsikringens ikrafttrædelse. Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid oplyses i forbindelse med
oprettelse af skade, da vi er berettiget til dette tilskud.

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 forsikrings-
selskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler
ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

7.7 Behandling af personoplysninger

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

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid
kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret
forkerte oplysninger. På vores hjemmeside ds-sundhed.dk, kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler
dine personoplysninger.

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i
ordningen efter tidligere at have givet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplys-
ninger. 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, pensionsselskaber, sundhed.dk m.v. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt
samtykke fra dig.

Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldt lidelse/skade og behandles altid i overensstemmelse med sundhedslovens krav om tavshedspligt (sundhedslovens § 40).

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

7.9 Urigtige oplysninger

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

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

Hvis du er uenig 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 samt 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. Uenigheder 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.

7.12 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.

7.13 Fortrydelsesret

For privattegnede forsikringer gælder en fortrydelsesret. Det betyder, at forsikringstager kan fortryde en privatindgået aftale om forsikring efter reglerne i forsikringsaftalelovens § 34. Forsikringstager har efter reglerne i forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse.

Hvis du fortryder en privatindgået forsikring, har du 14 dages fortrydelsesret. Fortrydelsesretten regnes fra den dato, hvor aftalen er indgået, og hvor du er blevet informeret om forsikringsbetingelserne, hvor også fortrydelsesretten er beskrevet. Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

Inden fortrydelsesfristens udløb skal du skriftligt give os besked om, at du har fortrudt aftalen. Du kan give os besked pr. brev eller e-mail. Brevet eller e-mailen skal være afsendt inden fortrydelsesdatoens udløb. Du skal sende din besked om, at du har fortrudt købet til:

Dansk Sundhedssikring
Hørkær 12B
2730 Herlev
E-mail: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk