

Betingelser - Erhverv - Heltid

Familie360

**Sundhedsfaglig rådgivning og
sundhedsnavigation ved alvorlig sygdom.**

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	3	6.	Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske	9
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3	6.1	Samtykke og fuldmagt	9
1.2	Hvad dækker forsikringen	3	7.	Hvad forsikringen ikke dækker	9
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	4	8.	Generelle bestemmelser	10
2.2	Karensbestemmelser	4	8.1	Forsikringens varighed	10
2.	Hvem er dækket af forsikringen	4	8.2	Betaling af forsikringen	10
3.	Hvor dækker forsikringen	5	8.3	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	10
4.	Brug af forsikringen	5	8.4	Opsigelse og ophør af forsikringen	11
4.1	Henvi sning til offentligt sygehus	5	8.4.1	Dækning efter ophør af forsikringen	11
4.2	Anmeldelsen skal godkendes	5	8.5	Refusion	12
4.3	Igangværende og planlagt undersøgelse/behandling	5	8.6	Oplysningspligt	12
4.4	Assistance ved akut indlæggelse og akut behandling	5	8.7	Behandling af personoplysninger	12
4.5	Sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation under udlandsophold	6	8.8	Behandling af helbredsoplysninger	13
4.6	Forlængelse af dækningsperiode ved udeblivelse fra sygehusaftaler og aflysning	6	8.9	Urigtige oplysninger	13
4.7	Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i indgåelse i forskningsprojekt	6	8.10	Kommunikation	13
4.8	Anmeldelse af skadesag	6	8.11	Forældelse	13
5.	Hvad dækker forsikringen	7	8.12	Klagemuligheder	13
5.1	Din kontaktsygeplejerske	7	8.13	Hvis du vil vide mere	14
5.2	Sygdomme/lidelser som forsikringen omfatter	7			
5.3	Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald	8			
5.4	Medlemskab af patientforening	8			
5.5	Rådgivning omkring mulighed for second opinion	8			

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 01.04.2022.

Forsikringen er tegnet gennem 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.

Forsikringstiden

Forsikringstiden er perioden fra forsikringen træder i kraft og frem til den ophører, uanset årsag 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. Karensperioden begynder ved forsikringens ikrafttrædelse, jf. punkt 2.2 "Karensbestemmelser".

1.2 Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i relation til alvorlig eller kritisk sygdom, som er beskrevet i disse betingelser, hvor der er henvist til udredning og behandling på et offentligt dansk sygehus.

Forsikringen omfatter alene de i betingelserne under pkt. 5.2 nærmere definerede sygdomme/lidelser.

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.

Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen, og dennes familie, som er registreret på policen.

Forsikringen kan tegnes til medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk eller frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikringen omfatter følgende personer:

- dig selv
- din ægtefælle/samlever
- dine/din ægtefælles/samlevers biologiske børn, adoptivbørn eller børn, som du eller din ægtefælle/samlever er juridisk forælder for, uanset om de har folkeregisteradresse hos dig.
- Hvis det er tilkøbt, omfattes også din/dine biologiske, adoptiv-, sted- eller juridiske forældre uanset alder og din ægtefælles/samlevers biologiske, adoptiv-, sted- eller juridiske forældre uanset alder. Der kan maksimalt være indtegnet 4 forældrepersoner ad gangen.

De forsikrede skal være registreret på policen for at være dækket. Registreringen af de forsikrede kan ske på www.mit-ds.dk.

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.

Forsikringen ophører, når den opsiges af en af parterne eller ved forsikringstagers (medarbejderens) dødsfald.

Den forsikrede samt medforsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort, og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse i sygehusregi.

Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med den forsikrede, er kun dækket, hvis undersøgelse og behandling foretages på et offentligt sygehus 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 Karensbestemmelser

Der er 6 måneders karen for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at man skal have været omfattet af denne forsikring i 6 måneder, før forsikringen kan dække sygdom/lidelser, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Derfor er det vigtigt, at de forsikrede er registreret på policen. Sygdom/lidelse der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

3. Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation (nærmere beskrevet i pkt. 5) til de i forsikringsbetingelserne nævnte 20 sygdomme/lidelser, og hvor udredning, undersøgelse og behandling foregår i offentligt sygehusregi i Danmark, eller hvor det offentlige sygehus, som et led i udredning og behandling, har henvist til, eller omvisiteret til et sygehus, som regionen har aftale med.

Undersøgelse og behandling foretaget i Grønland eller på Færøerne er aldrig dækket. Det gælder også, hvis du har folkeregisteradresse i Danmark, men opholder dig i Grønland eller på Færøerne.

4. Brug af forsikringen

De samlede betingelser er gældende, men nærmere regler og undtagelser er beskrevet i de efterfølgende afsnit, hvorfor vi anbefaler, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i op til 24 måneder pr. sygdom/lidelse, som er nævnt under pkt. 5.2. Det er alene disse sygdomme/lidelser, som er omfattet af denne forsikring. Følgelidelser opstået i relation til den omfattede sygdom/lidelse, eller i relation til behandling heraf, er dækket inden for samme periode. Dækningsperioden regnes fra den dag, vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Der dækkes ikke tilbagefald af samme lidelse/sygdom eller følgelidelse heraf uden for dækningsperioden på op til de 24 måneder fra godkendelse af din oprindelige anmeldelse.

4.1 Henvisning til offentligt sygehus

For at kunne bruge forsikringen, skal du være henvist til et offentligt sygehus i Danmark med henblik på udredning, undersøgelse, behandling eller til et offentligt pakkeforløb vedr. en af de sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter. Vi skal bruge en kopi af din lægehenvisning, inden forsikringshjælpen kan påbegyndes.

4.2 Anmeldelsen skal godkendes

Vi skal altid godkende din anmeldelse, inden forsikringshjælpen kan påbegyndes. Til vurdering heraf skal vi bruge en kopi af henvisningen. Opfylder din anmeldelse betingelserne, vil du blive kontaktet med henblik på at etablere en indledende samtale med dig og evt. dine pårørende. Ved samtalen vil vi sammen afdække dit behov for hjælp.

4.3 Igangværende og planlagt undersøgelse/behandling

Anmelder du sagen på et tidspunkt, hvor du har påbegyndt, eller har et allerede igangværende forløb i offentligt sygehusregi vedr. en af de omfattede sygdomme/lidelser, starter dækningsperioden på op til de 24 måneder, fra vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Vi kan bede om, at du fremsender journaler og øvrige dokumenter fra dit sygehusforløb, så vi kan hjælpe dig bedst muligt.

4.4 Assistance ved akut indlæggelse og akut behandling

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i vores åbningstid på hverdage. Bliver du, under dit dækningsforløb, indlagt akut og har behov for sundhedsfaglig rådgivning, kan du eller dine pårørende kontakte os på førstkommande hverdag. Alternativt kan du skrive til os via din skadesag, og vi vil ringe dig op på førstkommande hverdag.

Har du behov for akut assistance eller akut behandling, skal du eller dine pårørende rette henvendelse til din egen læge, lægevagt, Akuttelefonen, skadestue eller 112.

4.5 Sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation under udlandsophold

Forsikringen dækker alene sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation vedr. dit offentlige sygehusforløb i Danmark. Forsikringen dækker ikke sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation eller lægerådgivning, hvis du under dit forløb befinder dig i udlandet, herunder også behandling eller rekreationsophold i udlandet, visiteret af det danske sundhedsvæsen.

4.6 Forlængelse af dækningsperiode ved udeblivelse fra sygehusaftaler og aflysning

Vælger du at udeblive fra undersøgelse og behandling, og dette bidrager til forlængelse af dit samlede forløb på sygehuset, forlænges dækningsperioden ikke tilsvarende.

Aflyser sygehuset din behandling uden medicinsk/sundhedsfaglig årsag hertil, og dette bidrager til væsentlig forlængelse af dit henvisningsforløb på sygehuset, er der mulighed for rimelig forlængelse af dækningsperioden via forsikringen.

Aflyser eller udskyder sygehuset din undersøgelse eller behandling af medicinske/sundhedsfaglige årsager, og dette medfører, at dit henvisningsforløb forlænges væsentligt, vil vi vurdere, om dette skal give anledning til rimelig forlængelse af dækningsperioden via forsikringen.

Dækningsperioden kan maksimalt forlænges med op til 4 måneder. Vurdering af forlængelse vil bero på en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der skønnes forventeligt i relation til sygdommen/lidelsen. Forlængelsen skal vurderes og godkendes af os.

4.7 Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i indgåelse i forskningsprojekt

Forsikringen dækker ikke rådgivning om eksperimentel undersøgelse og behandling, undersøgelser/behandling, som ikke er endelig godkendt af de danske sundhedsmyndigheder, eller undersøgelser/behandling foretaget som et led i forskningsprojekt.

4.8 Anmeldelse af skadesag

Anmeldelse skal ske hurtigst muligt. Du kan anmelde sagen ved telefonisk henvendelse til os på alle hverdage i vores åbningstid på 70206121. Du finder vores åbningstid på vores hjemmeside www.ds-sundhed.dk. Anmeldelse kan også ske online på <https://mit.ds-sundhed.dk/#/login>. Anmeldte skader behandles hurtigt, og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Anmelder du skaden online uden for åbningstiden på hverdage, vil skaden tidligst blive behandlet førstkommande hverdag.

5. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation. Vores rådgivningsteam består af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og andet sundhedsfagligt personale. Alle har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder professionel rådgivning og navigation i det danske sundhedsvæsen.

5.1 Din kontaktsygeplejerske

Når din sagsanmeldelse er godkendt, vil du få tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver, en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig og din familie gennem dit offentlige sygehusforløb.

Der tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske vil være den samme under forløbet. I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (f.eks. sygdom eller barsel), sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske.

Din kontaktsygeplejerske bistår dig og din familie med f.eks.:

- Kontakt til sygehuset vedr. opfølgning på din indkaldelse, herunder sikring af overholdelse af gældende udrednings-/behandlingsgarantier.
- Forberede dig på mødet med sygehuset, undersøgelser og det videre behandlingsforløb.
- Deltage ved lægesamtaler via digitale platforme eller telefonen og være din fagligt kompetente og uafhængige bisidder.
- Hjælpe med at gennemgå dine lægejournaler og undersøgelsessvar fra hospitalet.
- Lægefaglig rådgivning af forsikringens egne lægekonsulenter, herunder om de planlagte undersøgelser er tilstrækkelige, relevante og forventelige i relation til din sygdom eller lidelse.
- Klinisk rådgivning herunder medicinrådgivning.
- Bestille tider til behandling eller undersøgelse, i det omfang det offentlige sygehusvæsen tillader det.
- Være behjælpelig med at bestille transport eller anden assistance, hvis du får brug for det.
- Foretage omsorgsopkald til dig.
- Behjælpelig med at skabe kontakten til dit pensionsselskab, ulykkesforsikringsselskab og lignende.
- Kontakte kommunale instanser, hvis der er behov herfor.
- Bistå dig i overgangen mellem indlæggelse og udskrivelse.
- Socialrådgiverbistand.
- Psykologisk rådgivning om alvorlig sygdom, sorg/krise.
- Samtale om livets afslutning.

Vi indleder med en samtale, hvor vi sammen afdækker dit behov for hjælp. Herunder vil der også være behov for, at du giver os din tilladelse til, at vi må henvende os på dine vegne til de instanser, som er relevante for, at vi kan bistå dig i dit sygehusforløb. Vi vil have løbende kontakt til dig og også dine pårørende, hvis du ønsker dette.

Vi afslutter altid dit forløb med en samtale med dig og dine pårørende, hvor I hjælpes og vejledes i den rigtige retning.

5.2 Sygdomme/lidelser som forsikringen omfatter

Forsikringen omfatter følgende 20 sygdomme/lidelser:

- **Kræftsygdomme, der hører under det offentlige sundhedsvæsens 'pakkeforløb'** – kræftpakkeforløbene sikrer ensrettet udredning og behandling, særligt tilrettelagt efter udvalgte kræftformer.
- **Alzheimers/demens** – fremadskridende hjernesygdom, som påvirker hukommelsen og evnen til at fungere.
- **Hjerneblødninger** – blødning i hjernen.
- **Blodprop**
- **Aneurismer** – udposning på pulsåre.

- **Hjertesvigt**
- **Forsnævring af kranspulsårer, som kræver bypass eller PCI, ballonudvidelse af kranspulsårer.**
- **AMI** – blodprop i hjertet.
- **Sklerose** – neurologisk lidelse, som angriber hjerne og rygmarv.
- **Hjerterytmeforstyrrelser, ICD** – hjerterytmeforstyrrelse, som kræver indopereret hjertestarter.
- **Nyresvigt** – tilstand, hvor nyrefunktionen er væsentlig nedsat eller ophørt.
- **Muskelsvind** – uhelbredelig muskelsygdom, hvor muskelvævet gradvist erstattes med bindevæv.
- **HIV/AIDS** – virus som nedbryder immunforsvaret.
- **ALS** – uhelbredelig sygdom, som rammer hjerne og rygmarv.
- **Lungeemboli** – blodprop i lungerne.
- **Parkinson** – sygdom, som ødelægger nerveceller i hjernen gradvist.
- **Total blindhed/døvhed** – tab af syn/hørelse.
- **Diabetes type 1** – sukkersyge af type 1, insulinkrævende diabetes.
- **Post-commotionelt syndrom** – langtidsfølger af mere end 24 måneders varighed efter hjernerystelse.
- **Whiplash-syndrom** – kronisk piskesmæld.

5.3 Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald

Følgelidelser opstået i relation til den dækningsberettigede grundsygdom/grundlidelse, eller i relation til behandling heraf, er dækket inden for samme dækningsperiode og inden for samme dækningsperiode på 24 måneder fra godkendelsen af grundsygdom/grundlidelsen, og omfatter sundhedsfaglig rådgivning samt sundhedsnavigation. Dækningsperioden regnes fra den dag, vi modtager og godkender din anmeldelse.

Der dækkes ikke tilbagefald af samme lidelse/sygdom eller følgelidelser heraf uden for dækningsperioden på de op til 24 måneder pr. sygdom/lidelse.

5.4 Medlemskab af patientforening

Hvis du under dit forløb via forsikringen og i din udredning på sygehuset bliver diagnosticeret med en eller flere af de 20 sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter, vil forsikringen dække udgiften til 1 medlemskab ved rette patientforening i op til 12 måneder. Dog maksimalt op til et vist rimeligt beløb fastsat og løbende reguleret af DSS pba. gældende takster for patientforeninger i Danmark og den generelle prisudvikling for disse. Beløbet vil fremgå af den betalingsgaranti, som vi udsteder. Dit 12 måneders medlemskab ved en patientforening har ingen indflydelse på dit forløb via forsikringen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse, behandling, transport, medicin eller lignende.

5.5 Rådgivning omkring mulighed for second opinion

Vi rådgiver og vejleder dig omkring mulighederne for at blive indstillet til en second opinion i offentligt sygehusregi, hvis der er sundhedsfaglig årsag hertil.

Vi kan også tilbyde, at vores læger kan gennemgå alle relevante journaler og undersøgelsesbeskrivelser for at rådgive om, hvorvidt den udredning som er foretaget, skønnes tilstrækkelig, relevant og forventelig i relation til din sygdom eller lidelse.

6. Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske

Kommunikationen med din kontaktsygeplejerske vil foregå primært som telefonsamtaler og e-mailkorrespondance via din profil på vores hjemmeside.

Ved lægesamtaler, som finder sted på sygehuset, kan din kontaktsygeplejerske deltage via digitale platforme eller på medlyt på telefonen. Det er også muligt, at du og din familie taler med din kontaktsygeplejerske inden lægesamtalen finder sted, så du/I er bedst muligt forberedt på samtalen med lægen.

Sammen med din kontaktsygeplejerske aftaler I fra gang til gang, hvornår næste kontakt skal finde sted - og hvordan. Du har altid mulighed for at skrive til din kontaktsygeplejerske, som vil svare dig hurtigst muligt. Du kan også bede om et opkald ved enten at skrive eller kontakte vores Sundhedsteam på 70206121 inden for åbningstiden på hverdage. Det er vigtigt, at vi har de rette kontaktoplysninger til dig og de pårørende, som du ønsker, må få information om dit forløb.

6.1 Samtykke og fuldmagt

For at kunne bistå og hjælpe dig bedst muligt under dit sygehusforløb, kan der være behov for, at vi beder dig udfylde en samtykkeerklæring, så vi har din tilladelse til at give dine pårørende eller andre, af dig navngivne personer, oplysninger om dit sygehusforløb og forsikringshjælp. Et samtykke skal altid godkendes af dig.

Der kan også være behov for, at du giver os fuldmagt til, at vi må henvende os på dine vegne til sygehuset ved behov for koordinering af undersøgelser, deltagelse i lægesamtaler, kontakt til kommunale instanser, patientforeninger eller lignende. Vi orienterer dig, om der er behov herfor. En fuldmagt skal altid underskrives af dig, inden den er gyldig.

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Sygdomme/lidelser, som ikke er nævnt under punkt 5.2. Bliver der stillet en diagnose på en lidelse, som ikke er omfattet af denne forsikring, tilbydes en afsluttende rådgivningssamtale, hvor der afdækkes, om skaden skal anmeldes til anden forsikring, eller om der skal rådgives til anden instans eller behandlingsintervention.
- Eksisterende lidelser, som er opstået, før forsikringen trådte i kraft. Disse vil først være dækningsberettiget 6 måneder efter forsikringen er indgået.
- Udgifter. Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse, behandling, transport, hjælpemidler, hjemmehjælp, genoptræning, recepter og medicin, og hvad vi vurderer, er svarende hertil.
- Hvis du er henvist til undersøgelse og behandling ved et privathospital eller praktiserende speciallægeklinikker uden for offentligt sygehusregi, hvad enten klinikkerne er offentlige eller private.
- Hvis udredning og behandling foregår i udlandet eller foretages af læger i udlandet.
- Rådgivning og vejledning i relation til ikke-medicinsk godkendt behandling, eksperimentel behandling, undersøgelse og behandling foretaget som et led i forskning eller forskningsprojekt. Undersøgelse og behandling, som ikke er foranstaltet af det offentlige sygehusvæsen og som et led i dit sygehusforløb.
- Lægelig indblanden i den af sygehuset planlagte udrednings- og behandlingsplan. Vi hjælper med at gennemse din udrednings-/behandlingsplan, og bistår dig i at få afklaret spørgsmål i relation hertil.
- Komplikationer, følgelidelser, bivirkninger eller tilsvarende, som følge af udredning og behandling i det offentlige sundhedsvæsen dækkes ikke ud over de 24 måneder fra skadens godkendelse, jf. pkt. 5.3
- Tilbagevenden af samme sygdom/lidelse og/eller tilbagefald andre steder i kroppen af samme sygdom/lidelse ud over de 24 måneder fra skadens godkendelse.

- Navigation og sundhedsfaglig rådgivning i relation til forebyggende undersøgelse/behandling samt screeninger.
- 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.
- Skade/sygdom eller følgesygdomme efter medicinindtag, vacciner samt bivirkninger/langtidsfølger heraf.

8. Generelle bestemmelser

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 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 8.4 "Opsigelse og ophør af forsikringen".

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

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

8.4 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

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

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

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Danmark. Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem virksomheden og Dansk Sundhedssikring ophører.

8.4.1 Dækning efter ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, så mister du retten til dækning, og der kan ikke oprettes nye skader. Skader som er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 3 måneder efter forsikringens ophør. Dette gælder i alle tilfælde, også hvis den samlede ordning ophører.

Sygdom/lidelse opstået efter forsikringens ophør eller henvisninger til sygehuset, som er dateret efter forsikringens ophør, er ikke omfattet af forsikringen og dækkes ikke.

Medforsikrede

For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedforsikret, 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 hovedforsikrede træder ud af ordningen eller ved hovedforsikredes dødsfald.

Videreførelse af forsikringen

Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsordningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre din forsikring på vores individuelle betingelser og individuelle 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.

8.5 Refusion

Regning for udgift til godkendt 1 års medlemskab ved patientforening skal være indsendt senest 3 måneder efter betalingsdatoen.

8.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, og vurdere i hvilket omfang forsikringen dækker.

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at vi indhenter nødvendige oplysninger 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.

Når du fratræder din stilling

Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratrudd 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. Henvisninger til sygehuset skal altid være dateret i forsikringstiden.

Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til patientforening, hvis du ikke har oplyst, at du er fratrudd virksomheden og har modtaget en betalingsgaranti til dækning af 1 års medlemskab ved en patientforening.

Dobbeltforsikring

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden.

Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med, at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

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, 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 www.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. 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, forsikringselskaber, pensionsselskaber, 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.

Ved anmeldelse af skade accepterer forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis det er relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade.

Forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener er nødvendige, for at afgøre om vi dækker samt omfanget af dækningen.

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 Kommunikation

Vi sender breve og dokumenter digitalt.

Vi anvender digitale platforme som f.eks. e-Boks, forsikringselskabets 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 forsikringselskabets brugerportal.

8.11 Forældelse

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

8.12 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: www.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 www.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, 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.

8.13 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring A/S på telefon 70206121 eller via e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk. Du kan også finde mere information på vores hjemmeside: www.ds-sundhed.dk.