

Topdanmark 

DANSK | SUNDHEDS
SIKRING 

Betingelser – privat

Sundhedsforsikring Flex

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	4
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	4
1.2	Hvad dækker forsikringen?	4
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	5
2.1	Medforsikrede	5
2.2	Karensbestemmelser	5
3.	Hvor dækker forsikringen?	5
4.	Brug af forsikringen	6
4.1	Lægehenviisning	6
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	6
4.3	Akut behandling er ikke dækket	6
4.4	Rejser og udlandsophold	6
4.5	Udeblivelse fra behandling	6
4.6	Igangværende og planlagt behandling	6
4.7	Udgifter til behandlinger	7
4.7.1	Takster for fysioterapi, kiropraktik, osteopati og psykologbehandling	7
4.8	Valg af behandler	7
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	8
4.10	Anmeldelse af skade	8
5.	Hvad dækker forsikringen?	9
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	9
5.2	Smerteudredning	9
5.3	Hurtig udredning	9
5.4	Medicinsk second opinion ved vores specialister	11
5.5	Fysisk sundhed	12

5.6	Mental sundhed	12
5.6.1	Akut krisehjælp	14
5.7	Online lægevagt	15
6.	Hvad forsikringen ikke dækker	16
7.	Generelle bestemmelser	18
7.1	Forsikringens varighed	18
7.2	Forsikringssum	18
7.3	Betaling af forsikringen	19
7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	19
7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	20
7.6	Oplysningspligt	21
7.7	Behandling af personoplysninger	21
7.8	Behandling af helbredsoplysninger	22
7.9	Urigtige oplysninger	22
7.10	Forældelse	22
7.11	Klagemuligheder	22
7.12	Hvis du vil vide mere	23
7.13	Fortrydelsesret	23

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2024.

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

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

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den 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" eller "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?

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

Forsikringen kan tegnes af privatpersoner, der er fyldt 18 år og er under 66 år.

Forsikringen ophører ved førstkommende hovedforfald det år, du fylder 67 år.

2.1 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever/børn til en særskilt pris. Børn, der kan indtegnes, er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der har folkeregisteradresse hos dig. Ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der ikke har folkeregisteradresse hos dig, kan medforsikres, hvis din ægtefælle/samlever har tegnet en forsikring. Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år.

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

2.2 Karensbestemmelser

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

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring. Dette gælder dog ikke ved kroniske lidelser.

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 de nærmere regler og undtagelser er 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, 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, skadestuen eller 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udlandsophold

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

4.5 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. 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 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 som 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, osteopati og psykologbehandling

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

Vælger du en behandler uden overenskomst, 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.

For osteopati dækker vi behandlerens takst, dog maksimalt 650 kr. for første behandling og 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Psykologbehandling foregår digitalt/online 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. Ved fysioterapi og kiropraktik anbefaler vi typisk behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Psykologbehandling tilbydes kun i netværk.

Ved behandling i vores netværk bestræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

Ved undersøgelse/udredning hos speciallæge vil første undersøgelse igangsættes inden for 10 hverdage i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen. Vi anviser behandler/behandlingssted.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

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

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

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

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

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade på 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 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 basisdækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle afsnit, men der er 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 vedrørende alle sundheds- og helbredsproblemer – også dem, der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet, 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 sundhedssystemes behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, 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 Smerteudredning

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

5.3 Hurtig udredning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse/udredning af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose.

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose, afsluttes udredningsforløbet, når vi sundhedsfagligt vurderer, at alle relevante undersøgelser er gennemført. Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi.

Forsikringen dækker ikke yderligere udredning/diagnose af sygdomssymptomer, hvor vi tidligere har dækket udredning af samme lidelse/skade, eller hvor samme udredning/diagnose tidligere er foretaget eller stillet i offentligt eller privat regi.

Forsikringen dækker i relevante tilfælde udgifter til én terapeutisk blokadebehandling udført af relevant speciallæge anvist af os – i de tilfælde, hvor vi vurderer, at blokadebehandlingen væsentligt og varigt kan reducere lidelsen.

Lægehenvi sning

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

10 dages undersøgelsesgaranti

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

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

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning, kan vi i stedet henvi se dig til undersøgelse på et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi henvi ser 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, henvi sninger eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvi sning, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Undersøgelsesgarantien dækker ikke:

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

- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse/behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at forløbet er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser eller komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.

Hudlidelser

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

Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi. Forsikringen dækker i relevante tilfælde fjernelse af suspekter/maligne modermærker som en del af udredningsforløbet.

Hudkræft (basalcellekræft)

Forsikringen dækker udredning af hudkræft (basalcellekræft), indtil der er stillet en diagnose.

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

Allergiudredning

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

Kræft

Forsikringen dækker udredning af kræftsygdomme, hvis diagnosen stilles i forsikringstiden. Hvis ventetiden for udredning i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes.

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.

Misbrugsrådgivning

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

5.4 Medicinsk second opinion ved vores specialister

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed om 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).

5.5 Fysisk sundhed

Forsikringen dækker fysiske behandlinger af nyopståede og eksisterende gener i bevægeapparatet, herunder arm- og bensmerter, iskias samt hovedpine som følge af muskelspændinger i ryg og nakke.

Ved bevægeapparatet forstås led, muskler og sener i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled.

Der dækkes behandling ved fysioterapeut, kiropraktor og osteopat ud fra en faglig vurdering.

Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 12 fysioterapi- eller kiropraktorbehandlinger pr. kalenderår. Osteopati dækkes med op til 5 behandlinger pr. kalenderår.

Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler.

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et online forløb hos en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet indeholder videokonsultationer med fysioterapeuten, selvstændig træning, vejledning og løbende opfølgning med fysioterapeuten via video og chatfunktion og efterfølgende adgang til en digital træningsplatform.

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

Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer, er nødvendige for at anslå, om skaden er dækket af forsikringen, og om behandlingen har den ønskede effekt.

Hvis det er sundhedsfagligt nødvendigt, kan vi bede om en lægelig henvisning eller anbefaling for at afdække din problemstilling yderligere.

5.6 Mental sundhed

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

I de tilfælde, hvor vi vurderer, at du har brug for behandling – f.eks. hvis du har nedsat evne til at fungere i hverdagen eller behandlingskrævende symptomer – dækker forsikringen rimelig og nødvendig behandling i Danmark. Det er en forudsætning for dækning, at skaden er dækningsberettiget.

Vi kan tilbyde telefonisk rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til online eller telefonisk behandling ved en psykolog eller en psykoterapeut i vores kvalitetssikrede netværk.

Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. De nærmere bestemmelser fremgår af de enkelte afsnit.

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.

Forebyggende stress- og trivselslinje

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

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

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

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

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

Du kan ringe til stress- og trivselslinjen alle hverdage i tidsrummet 9-16. Du ringer via hovednummeret, 70206121, og taster dig ind på linjen via menuen.

Lederlinjen

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

Lederlinjen håndteres af vores interne team for mental sundhed, hvor alle har relevant faglig baggrund. Teamet vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for opfølgende samtaler.

Du kan ringe til lederlinjen alle hverdage i tidsrummet 9-16. Du ringer via hovednummeret, 70206121, og taster dig ind på linjen via menuen.

Digital behandling hos psykolog og psykoterapeut

Ud fra en faglig vurdering dækker forsikringen relevant, rimelig og nødvendig individuel digital behandling/terapi hos en autoriseret psykolog (aut. cand.psych.) eller hos en kvalitetssikret psykoterapeut i vores netværk.

Vi kan ud fra en faglig vurdering visitere til online eller telefonisk behandling.

Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret psykolog eller psykoterapeut, og vi afregner direkte med behandleren.

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering.

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

Tilbagevendende lidelser, som tidligere er behandlet via forsikringen, dækkes ikke.

Behandlinger af forebyggende eller vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en lægehenviisning eller en lægelig anbefaling.

5.6.1 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.
- Hvis der er brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt).
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Hvis der er dødsfald hos nærmeste pårørende.
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Hvis du overværer et familiemedlems eller en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

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 krisen har fundet sted, vil dækningen for almindelig psykologhjælp altid være gældende.

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

Der dækkes ikke akut psykologbehandling i udlandet.

5.7 Online lægevagt

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

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge, hvor der tilbydes 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 eller 112.

I de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for det, vil lægen henvise til egen læge, lægevagten eller et 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 eller 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 på hverdage samt i weekender og på 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 på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

6. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Akut behandling og akutte situationer, som kræver hurtig assistance og ikke kan afvente planlagt undersøgelse/behandling.
- Forebyggende og vedligeholdende undersøgelse, vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- Udredning af kroniske lidelser, der er opstået/blevet symptomgivende, inden forsikringen trådte i kraft. Forsikringen dækker udredning af følgelidelser til kroniske lidelser.
- Udredning af hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, f.eks. vorter, godartede modermærker og pletter, lipomer, akne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, hudtransplantationer, aktinisk og seborøisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Udredning af lidelser, som vi betragter som kosmetiske, f.eks. problemer med kosmetiske implantater, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti.
- Udredning af astma, bænklængdeforskel (anisomeli) og dyspraksi.
- Udredning af analfissur, analfistel og pilonidalcyster.
- Behandlinger med Botox eller Xiapex eller tilsvarende.
- Udredning og behandling af svedtendens/hyperhidrose.
- Gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen.
- Undersøgelse og behandling af kønssygdomme, hiv/aids samt forstadier og følgesygdomme hertil. Prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral (gælder også ved menoragi) samt følger heraf. Udredning af seksuel dysfunktion.

- Udredning og behandling for barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.
- Undersøgelse, kontrol, scanning og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til de offentlige tilbud, og vi hjælper med rådgivning i den videre proces).
- Sygdomme hos det ufødte barn. Koliksmærter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Behandling og udredning af ADHD med undertyper, lidelser inden for autismspektret (ASF), demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.
- Udredning og konsultationer ved neuropsykolog.
- Udredning og konsultationer ved psykiater.
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandlinger af forebyggende karakter.
- Udredning og behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, tandlægeskræk, eksamensangst og socialfobi.
- Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.
- Udredning af hjerte-kar-lidelser, som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.
- Udredning af søvnproblemer og søvnforstyrrelser, f.eks. søvnapnø og lignende.
- Udredning og behandling af gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber.
- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Ludomani og spilleafhængighed.
- Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, synskorrigerende, vitrektomi, briller, kontaktlinser og/eller synstest, nær- og langsynethed samt bygningsfejl, høreapparater og høreprøver.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg, samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, røntgen, scanninger, massage og lignende. Såler, indlæg, bandager, tape med mere.

- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig eller 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.
- Eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter.
- Konsultationer hos alment praktiserende læger, speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed.
- Udredning/undersøgelse, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.
- Transport og rejser
- Medicin

7. Generelle bestemmelser

Kommunikation

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

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 3.000.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter. Forsikringssummen gælder som et samlet maksimum, uanset om der er tegnet flere dækninger eller tillæg.

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 1 måneds varsel til den 1. i en måned. Vi indfører nye gebyrer med 3 måneders varsel til den 1. i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen 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 eller lignende (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændringer i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt, senest løbende måned plus 1 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 ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned. Prisen vil blive reguleret med en procent-sats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsig 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 den ændrede pris.

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer, som er tegnet for ét år ad gangen, bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen.

Forsikringstager kan opsig forsikringen skriftligt med løbende måned plus 1 måned. Opsigelse på fornyelsesdato er gratis. Opsigelse herudover pålægges et administrationsgebyr.

Dansk Sundhedssikring kan opsig forsikringen skriftligt med løbende måned plus 1 måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsig forsikringen uden varsel.

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 den forsikrede og Dansk Sundhedssikring ophører.

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

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du og dine medforsikrede retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Undersøgelse og behandling af sygdom/skade, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvielse.

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 24 år, er dækket frem til næste betalingsperiode. Efter det fyldte 24. år kan du efter vores regler søge om at videreføre forsikringen på vores individuelle betingelser og med vores individuelle priser for privatforsikrede voksne. Ønsket om videreførelse skal ske inden eller i direkte forbindelse med udløbet af betalingsperioden. Videreførelsen vil da ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis der ikke begæres om videreførelse uden ophold, vil der ved videreførelse være 6 måneders karens for eksisterende lidelser.

Refusion af udgifter efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger og/eller transport skal altid være indsendt senest 6 måneder efter sidste behandlingsdato, for at du er 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 få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke.

Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

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

Dobbeltforsikring

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

7.7 Behandling af personoplysninger

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

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

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

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have givet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk. Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

7.9 Urigtige oplysninger

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

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

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

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

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

Hvis du derefter ønsker at klage over den afgørelse, som den klageansvarlige har truffet, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen kan sendes online på ankeforsikring.dk. 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 manglende effekt af behandlingen, eller hvis behandlingen resulterer i fejl. Et eventuelt erstatningskrav skal rejses over for det hospital eller den klinik, som har stået for behandlingen.

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

7.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring 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 fortrydelsesfristens 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.