

Betingelser

Sundhedsforsikring Flex

Erhverv – heltid

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	4
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	5
1.2	Hvad dækker forsikringen?	5
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	6
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	6
2.2	Medforsikrede børn	6
2.3	Karensbestemmelser	6
3.	Hvor dækker forsikringen?	7
4.	Brug af forsikringen	7
4.1	Lægehenvielse og dokumentation	7
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	7
4.3	Akut behandling er ikke dækket	8
4.4	Rejser og udlandsophold	8
4.5	Udeblivelse fra behandling	8
4.6	Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling	8
4.7	Udgifter til behandling	8
4.8	Valg af behandler og behandlingsmetode	9
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	10
4.10	Anmeldelse af skade	11
5.	Hvad dækker forsikringen?	12
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	12
5.2	Graviditetsrådgivning	13
5.3	Hurtig udredning hos speciallæge	13
5.4	Medicinsk second opinion ved vores specialister	16

7.1	Forsikringens varighed	28
7.2	Forsikringssum	28
7.3	Betaling af forsikringen	28
7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	29
7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	30
7.6	Oplysningspligt	31
7.7	Behandling af personoplysninger	31
7.8	Behandling af helbredsoplysninger	32
7.9	Urigtige oplysninger	32
7.10	Forældelse	32
7.11	Klagemuligheder	32
7.12	Hvis du vil vide mere	33

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

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 finansiell virksomhed.

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den virksomhed, forening eller organisation, der står som forsikringstager i policen.

Forsikringsbetingelserne supplerer aftalen. Særlige bestemmelser og eventuelle afvigelser fra disse forsikringsbetingelser skal fremgå af forsikringsaftalen.

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

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

Den person eller den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte refereret til med "du", "dig" eller "din".

Bevægeapparatet

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

Kroniske sygdomme/lidelser/tilstande

Ved kroniske sygdomme/lidelser/tilstande forstås vi sygdomme, lidelser og tilstande, som vores læger vurderer som vedvarende, og som ikke kan kureres og ikke går væk med behandling, eller hvor der ikke findes en helbredende behandling, og/eller hvor der er et vedvarende eller et tilbagevendende behandlingsbehov.

Almen fysioterapi

Almindelig fysioterapi (speciale 51), jf. praksisoverenskomsten for fysioterapi.

Almen kiropraktik

Almindelig kiropraktik (speciale 53), jf. praksisoverenskomsten for kiropraktik.

Netværk

Vores behandlernetværk i form af et netværk af leverandører og behandlere, som vi har indgået en aftale med.

Vederlagsfri fysioterapi

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

Sundhedsstyrelsen

Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

Specialeplanen

Specialeplan, som er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen i henhold til sundhedsloven, med en oversigt over, hvilke sygehuse og private hospitaler der må varetage de såkaldte specialefunktioner, f.eks. udføre visse operationer og undersøgelser.

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?

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

Sundhedsfagligt personale guider til den rette hjælp, rådgivning eller behandling og er klar til at hjælpe med alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også dem, som forsikringen ikke dækker.

Sundhedsteamet hjælper med rådgivning og behandling ud fra den nyeste sundhedsfaglige og evidensbaserede viden og erfaring, f.eks. ved vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af sygdomme, skader og lidelser, der med overvejende sandsynlighed kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres ved at behandle. Vi definerer sygdom som helbreds-mæssige 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 virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen.

Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk eller frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse og have et dansk sundhedskort, medmindre forsikrede er udstationeret.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen. Der kan kun til- og afmeldes i den igangværende årsperiode og maksimalt 3 måneder tilbage i tiden. Regulering i forbindelse med årsfornyelsen, som udløser en ny faktura, kan blive pålagt et administrationsgebyr.

Virksomheden betaler for skadesudbetalinger, som Dansk Sundhedssikring har afholdt for medarbejdere, som er afmeldt tilbage i tid.

2.2 Medforsikrede børn

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

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

2.3 Karensbestemmelser

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

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

Forsikringen tilbyder sundhedsrådgivning og hjælp til alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også i karensperioden.

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. 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.

Udstationerede medarbejdere og eventuelle medforsikrede børn, der udstationeres sammen med medarbejderne, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark, medmindre andet gælder for aftalen. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

4. Brug af forsikringen

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

4.1 Lægehenvi sning og dokumentation

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, kan vi stille krav om, at du har 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.

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

For børn under 2 år samt gravide kan vi ud fra en sundhedsfaglig vurdering og i relevante tilfælde stille krav om, at en læge har vurderet behandlingsbehovet.

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Forsikringen dækker udelukkende udgifter til undersøgelse og/eller behandling, som vi på forhånd har godkendt. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder skader/lidelser, som kræver assistance/undersøgelse/diagnostik og/eller behandling tidligere end garantien på 10 hverdage og/eller ikke kan vente på planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, hjernerystelse, faldtraumer, knoglebrud, blodpropper/mistanke om blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom, lammelser, akutte føleforstyrrelser 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, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6.1 "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.

Der dækkes ikke rejseudgifter i udlandet, herunder private udgifter såsom udgifter til hotelophold og til ledsager samt ledsagerophold, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling

Undersøgelser og 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 behandling

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

Behandlingerne skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige og forventeligt kunne kurere lidelserne eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden.

Behandlinger af forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende karakter er ikke dækket, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter til undersøgelse og behandling, 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", 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 som det offentlige har tilbudt at dække, men hvor datoen for undersøgelse eller behandling ikke passede dig, uanset årsagen.

Fysioterapi, kiropraktik, osteopati og psykologbehandling

For fysioterapi dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

Hvis du har en lægehenvisning, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

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

For osteopati dækkes 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.

Ovenstående bestemmelser gælder for de samlede forsikringsbetingelser, men de nærmere regler og undtagelser fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler og behandlingsmetode

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning.

Forsikringen dækker kun de behandlingsformer, som er nævnt i forsikringsbetingelserne under de forskellige dækninger.

Vi kan tilbyde forskellige behandlingsformer og rådgivningsmuligheder, herunder også digitale tilbud. Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år.

Ved fysioterapi, kiropraktik og psykolog- og psykoterapeutbehandling kan vi tilbyde behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk.

For børn gælder, at der kun kan tilbydes behandling i netværket hos de behandlere, der tilbyder behandling til børn. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Psykolog- og psykoterapeutbehandling dækkes kun i vores netværk.

Ved osteopati kan du selv vælge behandler. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en 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.

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.

Der dækkes kun behandling, som den offentlige sygesikring har godkendt i relation til det offentlige sundhedsvæsen, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Behandlingerne skal altid foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os og være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og de nationale kliniske retningslinjer.

Der dækkes ikke alternative og/eller eksperimentelle behandlinger, der ikke er anerkendt til behandling af den pågældende sygdom/lidelse i henhold til en generel medicinsk vurdering, eller som ikke er beskrevet i de nationale kliniske retningslinjer og/eller er hyppigt anvendt og/eller rutinemæssigt udføres i det offentlige sundhedsvæsen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling hos praktiserende læger, psykiatere, speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, eller eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter eller andre alternative behandlere.

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

Undersøgelse og behandling skal altid være sundhedsfagligt/lægeligt begrundet, og vi kan bede om 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.

Vi kan ud fra en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har en væsentlig virkning.

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. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

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

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

De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle dækninger, men der er særlige regler og undtagelser, som gælder for de enkelte dækninger.

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

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 adgang til 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, hjernerystelse, overgangsaldergener, kost, livsstilsændringer, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer samt rådgive om relevante tilbud til kræftramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stillesiddende tid til unge, voksne, ældre og gravide, og hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidensbaseret træningsapp.

Vi tilbyder også forskellige målrettede rådgivningslinjer, som du finder mere information om under de forskellige dækninger:

- Graviditetsrådgivning
- Forebyggende stress- og trivselslinje
- Misbrugsrådgivning
- Lederlinjen
- Online lægehjælp
- Adgang til personlig rådgivning fra faguddannede farmaceuter og farmakonomer via chat, e-mail eller telefon – f.eks. om overgangsalder, medicin og kosttilskud, generel sundhed, rygestop, rabat på apotekervarer og levering til døren fra et onlineapotek, vi samarbejder med.

Sundhedsfaglig tovholder

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems 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, vejlede om 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 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle en relevant sundhedsfaglig baggrund og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forældrerollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsel og amning og barnets trivsel og udvikling. Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale.

Du kan ringe og få rådgivning alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte graviditetsrådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via den personlige side Mit DSS. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en graviditetsrådgiver på et aftalt tidspunkt.

5.3 Hurtig udredning hos speciallæge

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og 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.

Der dækkes relevante undersøgelser ved speciallæge, indtil der er stillet en diagnose, f.eks. eventuelle billeddiagnostiske undersøgelser eller laboratorieprøver.

Lægehenvvisning

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. Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henvisning.

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

Er du allerede i et offentligt forløb, eller er du henvist til undersøgelse/udredning i det offentlige sygehusvæsen eller hos en offentlig speciallæge, og får du tilbudt, eller kan du tilbydes, en offentlig tid inden for garantien på 10 hverdage, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og/eller benyttes.

Hvis du er i et igangværende udredningsforløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant udredningsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse/udredning, så kan vi i relevante tilfælde afvise dækning i privat regi. Vi hjælper med rådgivning og navigation i den videre proces.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, og at undersøgelse/udredning i privat regi er den bedste løsning ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse på et privathospital eller en privatklinik i vores netværk.

Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

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.

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose ud fra sygdomssymptomerne, afsluttes udredningen, når det sundhedsfagligt vurderes, at alle relevante undersøgelser er gennemført.

Forsikringen dækker ikke yderligere udredning af sygdomssymptomer, hvis vi tidligere har dækket udredning af samme lidelse/symptomer.

Det efterfølgende forløb skal finde sted i det offentlige sundhedsvæsen.

Blokadebehandling

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

Hudlidelser

Forsikringen dækker rimelige undersøgelser af hudlidelser ved speciallæge, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose.

Der dækkes udredning af hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand væsentligt. Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke, jf. afsnit 6 "Hvad forsikringen ikke dækker".

Forsikringen dækker i relevante tilfælde fjernelse af suspekter/maligne modermærker som en del af udredningsforløbet.

Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi.

Der dækkes ikke udredning af tilbagevendende hudlidelser eller ved tilbagefald, f.eks. andre steder på kroppen.

Vi hjælper altid med rådgivning, offentlig navigation og hjælp til tidsbestilling i forbindelse med alle hudlidelser.

Hudkræft

Udredning af hudkræft (f.eks. basalcellekræft og pladecellekræft) dækkes, til der er stillet en diagnose.

Forsikringen dækker ikke udredning af tidligere kendt hudkræft, hvor der opleves forværring eller i tilfælde af, at sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse.

Allergiudredning

Forsikringen dækker udredning ved mistanke om allergi med henblik på at kunne stille en diagnose. Det er en forudsætning for dækning, at egen læge ikke er i stand til at foretage udredning i sin praksis. Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor egen læge har anbefalet eller henvist til udredning på et offentligt sygehus.

Forsikringen dækker ikke udredning af tidligere kendt allergi eller allergi, hvor der opleves forværring.

Kræft

Forsikringen dækker udredning af kræftsygdomme. Hvis ventetiden for undersøgelse 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.

Undersøgelser- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig en tid inden for garantien på 10 hverdage, men datoen ikke passer dig, uanset årsagen til dette.
- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse i det private eller offentlige sundhedsvæsen, uanset årsagen (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 undersøgelsesgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse inden for 10 hverdage.

- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis du er i gang med et udvidet og/eller længevarende udredningsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- 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.
- I tilfælde af storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol, f.eks. samfundsmæssige handlinger, it-nedbrud, hackerangreb, pandemier, epidemier, lockdown og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

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

Allerede ved din første henvendelse til forsikringen kan sundhedsteamet tilbyde rådgivning og støtte til håndtering af fysiske udfordringer – uanset om de er omfattet af forsikringsdækningen eller ej.

For at sikre optimal forebyggelse, rådgivning og behandling af din problemstilling kan vi ud fra en faglig vurdering henvise til forskellige rådgivnings- og behandlingsformer og/eller selvtræning, f.eks. træningsrådgivning, træningsvideoer, træningsapp, online fysioterapi, fysioterapi og kiropraktik med fysisk fremmøde eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde.

I de tilfælde, hvor du henvises til behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har brug for, og om du modtager den rette behandling.

Træningsapp

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig op til 6 måneders adgang til en træningsapp, som tilbyder genoptræning og forebyggelse af smerter i hele kroppen ud fra særlig tilrettelagte træningsprogrammer.

Godt fra Start – hurtig hjælp til nyopståede og ukomplicerede smerter i bevægeapparatet

Sundhedsteamet tilbyder hurtig afklaring af behandlingsbehovet, rådgivning og vejledning om øvelser til håndtering af egne smerter, opfølgning, omsorgsopkald og adgang til en evidensbaseret træningsapp ud fra den nyeste sundhedsfaglige viden ved erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter.

Fysioterapeut, kiropraktor og osteopat

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling af nyopståede og eksisterende gener i bevægeapparatet samt hovedpine som følge af lidelser i bevægeapparatet efter henvisning fra sundhedsteamet.

Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle.

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

Forsikringen dækker behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat. Der dækkes behandling i Danmark.

Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Ved fysioterapi og kiropraktik kan vi henvise til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk.

Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger – i og uden for netværket – der er sundhedsfaglig begrundelse for. Dog maksimalt 12 fysioterapi- eller kiropraktorbehandlinger pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag – også i tilfælde af flere skader. Osteopati dækkes med op til 5 behandlinger pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag – også i tilfælde af flere skader.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik eller stoppe et behandlingsforløb, hvis problemet ikke kan afhjælpes eller stoppet et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Fysiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

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.

Refusion og tilskud

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at et eventuelt tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, modregner vi den del og betaler din andel (egenbetalingen).

Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen. Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen.

For fysioterapi dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

Hvis du har en lægehenviisning, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henviisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

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

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

Online fysioterapi og blended care

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker behandling hos en fysioterapeut eller en kiropraktor ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker behandling hos en selvvalgt fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten, kiropraktoren eller osteopaten.

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

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 for psykisk lidelse eller mentale udfordringer – f.eks. hvis du har nedsat evne til at fungere i hverdagen og/eller behandlingskrævende symptomer, jf. bestemmelserne i afsnittet "Behandling hos psykolog og psykoterapeut" og i afsnit 1.2 "Hvad dækker forsikringen?" – dækker forsikringen rimelig og nødvendig behandling. 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 det offentlige tilbud skal aktiveres og benyttes. Det kan f.eks. være i de tilfælde, hvor der ikke er varig bedring efter tidligere forsøgt behandling hos en psykolog og/eller en psykiater, eller hvis der er tale om en tilbagevendende lidelse, eller ved udredning og behandling ved mistanke om alvorlig psykisk sygdom. 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 tidlige tegn på stress- og trivselsproblemer. Der rådgives f.eks. om:

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

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

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

- **Misbrugsrådgivning**

Fortrolige samtaler i form af rådgivning og vejledning om misbrugsproblemer ved sundhedsfagligt personale. Der rådgives f.eks. om misbrug eller om behandling af forskellige former for misbrug (f.eks. alkohol, kokain, hash, medicin, ludomani og købemani) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugslidelser af enhver art er ikke dækket af forsikringen.

Du kan ringe til stress- og trivselslinjen alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen.

Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

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

Lederlinjen

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

Via lederlinjen tilbyder vi adgang til relevant materiale om hormonelle forandringer og arbejdslivet og om, hvordan man har en åben dialog og aktivt kan skabe nogle rammer og et fleksibelt og støttende arbejdsmiljø, der tilgodeser medarbejdere i overgangsalderen, i samarbejde med en relevant partner.

Lederlinjen håndteres af vores interne team for mental sundhed, hvor alle har en 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 inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

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

Gratis adgang til mental sundhedsapp og mindfulness for børn, unge og forældre

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig 6 måneders adgang til en mental sundhedsapp. Appen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og lærer børn på mellem 8 og 16 år og deres forældre at håndtere svære følelser og emner som sorg, mobning, generthed, skilsmisse, social angst, søvnproblemer og afhængighed af gaming samt tilbyder mindfulness til børn og voksne.

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

Du får adgang til en digital læringsplatform med hjælp til selvhjælp i form af nyttig viden og vejledning om ADHD/ADD. Platformen er udarbejdet af specialister inden for psykiatri og psykologi og kan også bruges af pårørende. Du skal være 18 år eller derover for at kunne anvende platformen.

Digital behandling hos psykolog og psykoterapeut

Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering af behandlingsbehovet relevant, rimelig og nødvendig individuel behandling/terapi vedrørende behandlingskrævende psykiske lidelser og mentale udfordringer hos en autoriseret psykolog (aut. cand.psych.) eller en psykoterapeut.

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

Vi kan ud fra en faglig vurdering visitere til online eller telefonisk behandling. Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år. Sundhedsteamet tilbyder rådgivning om håndtering af mentale udfordringer hos børn under 15 år.

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

Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en gyldig lægehenviisning eller en lægelig anbefaling. Stress kræver ikke henviisning/anbefaling fra læge. Stress kræver ikke henviisning/anbefaling fra læge. Teamet kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige former for forebyggelse af, rådgivning om og behandling af stress.

Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at der er behandlingskrævende symptomer/nedsat evne til at fungere i hverdagen.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Tilbagevendende lidelser, som tidligere er behandlet via forsikringen, dækkes ikke.

Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

5.6.1 Akut krisehjælp

Forsikringen dækker akut krisehjælp i vores behandlernetværk, 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 rimelige og nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt for den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år.

Brug af tjenesten kræver dansk CPR-nr. eller et gyldigt erstatnings-CPR-nr., medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge, hvor der tilbydes hurtig adgang til e-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 vedrørende 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 om 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:

- Akut behandling, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6.1 "Akut krisehjælp".
- Forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende undersøgelse og behandling, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontrol og anden forebyggende kontrol.
- Udredning og behandling af astma, benlængdeforskel (anisomeli), skoliose, hoftedysplasi og dyspraksi.
- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, pilonidalcyster og hæmorider.
- Udredning af problemer/lidelser, som vi betragter som kosmetiske samt følger heraf, f.eks. problemer med kosmetiske implantater, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti.
- Behandlinger med Botox eller Xiapex. MiraDry og anden udredning og/eller behandling af svedtendens/hyperhidrose.
- Udredning af hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væseligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modernærker og pletter, lipomer, pigmentforandringer, akne, eksem og eksem-lignende hudforandringer, udslæt samt eksem/udslæt forårsaget af allergi, hårtab, alle former for vorter, neglesvamp, ligtorne, psoriasis, vitiligo, rosacea, hudtransplantationer, solskader i huden, aktinisk og seboroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Mohs' kirurgi og lignende behandlingstyper.
- Udredning og behandling af kønssygdomme, hiv/aids samt forstadier og følgesygdomme hertil. Prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral uanset årsag samt følger heraf.
- Undersøgelse/udredning af seksuel dysfunktion.
- Udredning og behandling af barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.
- Undersøgelse, kontrol, scanning, fødselsforberedelse, privat jordemoder og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til det 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.

- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, ADHD, ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismspektret), demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Psykiatrisk udredning. Konsultationer, samtaleterapi og medicin ved psykiater.
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed (f.eks. sexafhængighed, pornoafhængighed og spilafhængighed).
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, gruppeterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af vedligeholdende og forebyggende karakter.
- Behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, eksamensangst og socialfobi og tilstande, der kan sidestilles hermed. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Tilbagevendende angst, herunder tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.
- Udrednings- og/eller behandlingsforløb vedrørende psykiske lidelser, som vi betragter som værende af høj kompleksitet, f.eks. udrednings- og behandlingsforløb, hvor der er tale om et komplekst sygdomsbillede med flere psykiske lidelser, som kræver særlige erfaringer/kompetencer.
- Hvis du er henvist til offentligt pakkeforløb i psykiatrien.
- Udredning af hjerte-kar-lidelser, som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.
- Udredning af hjerterytmeforstyrrelser.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinikker og lignende.
- Tandproblemer.
- Udredning og behandling af gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber.
- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Ludomani og spilleafhængighed.

- Udredning/undersøgelse af alle former for symptomer på nedsat syn og indskrænket synsfelt, nær- og langsynethed, bygningsfejl, binokulært syn, samsynsproblemer, samsynstræning, synskorrigerende, øjentørhed, flydere og pletter for øjet, glaslegemeuklarhed, skelen, problemer med binokulært syn, vitrektomi, vitreolyse og AMD.
- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger, synskorrigerende linser, linseudskiftninger og hjælpemidler.
- Udredning/undersøgelse af alle former for symptomer på nedsat hørelse, herunder almindelig høreundersøgelse, høreprøver, høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg eller lignende tillæg, samt tillægsydelse som shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage, ultralydsscanning og lignende. Ultralydsscanning dækkes i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.3 "Hurtig udredning hos speciallæge".
- Bassintræning.
- Såler, indlæg, træningsudstyr, 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, lattergas, opløsningsmidler 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.
- Sygdom/skade, gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.
- Undersøgelse/behandling, der er eksperimentel, ikke er medicinsk begrundet eller ikke har dokumenteret effekt.
- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, cryoneurolyse, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.
- Udredning og behandling af langvarige og/eller kroniske smerteproblematikker på specialklinikker samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.
- Udredning og behandling på specialklinikker, f.eks. Modic-, hovedpine-, smerte-, søvn-, hoste- eller hukommelsesklinik og lignende specialklinikker.
- Fysioterapi og kiropraktik til astma og allergilidelser, søvnløshed, hjerte-kar-lidelser, forhøjet blodtryk, Parkinsons sygdom, epilepsi, hukommelsesygdomme, diagnosticerede hovedpine-sygdomme og kæbespændinger. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller rygs spændinger.

- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.
- Private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager, private udgifter under indlæggelse eller lignende.
- Transport og rejser.
- Medicin.
- Udredning af kroniske lidelser, der er opstået/blevet symptomgivende, inden forsikringen trådte i kraft. Forsikringen dækker udredning af følgelidelser til kroniske lidelser.
- Udrednings- og behandlingsforløb og/eller sygdom/skade/lidelse, som vi betragter som værende af høj kompleksitet og højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen, eller komplicerede sygdomsforløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner/specialister eller kræver særlige kirurgiske kompetencer. Det kan f.eks. være kompliceret rekonstruktion, amputation, transplantation, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperation, protonterapi og behandling med stamceller.
- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.
- Skade/sygdom, der skyldes generalstrejke, naturkatastrofer, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.

7. Generelle bestemmelser

Kommunikation

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

Kommunikationen med dig i forbindelse med dine anmeldte skadessager foregår enten telefonisk eller via korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige sædvanlige udgifter til sygdomme, skader og lidelser ud fra bestemmelserne i de enkelte dækninger.

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 skadesbehandling
- Opsige forsikringen før udløb af en forsikringsperiode
- Kommunikere via en ikke-digital kanal.

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

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Der udarbejdes en årsopgørelse over det faktiske antal forsikrede kontra det antal, der bliver betalt for. En eventuel difference krediteres eller debiteres til forsikringstager.

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt 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 med en måneds varsel til periodens udløb, efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

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

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

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

Forsikringen kan af forsikringstageren eller Dansk Sundhedssikring opsiges skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb. Opsiges forsikringen ikke, bliver den fornyet for et år ad gangen.

Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan Dansk Sundhedssikring opsiges forsikringen uden varsel.

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

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

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem forsikringstageren og Dansk Sundhedssikring ophører.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne i afsnit 7.3 "Betaling af forsikringen".

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Undersøgelse og behandling af sygdomme/skader, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 3 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvielse. Dette gælder i alle tilfælde – også hvis den samlede ordning ophører.

Medforsikrede børn

For medforsikrede børn til en hovedforsikret, der er dækket under en virksomhedsordning, gælder det, at forsikringen fortsætter til den dato, hvortil der er betalt dækning, i de tilfælde, hvor den hovedforsikrede træder ud af ordningen. Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 24 år, er dækket frem til næste betalingsperiode.

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 med vores 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 børn har også mulighed for at søge om videreførelse af forsikringen på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato, for at du er berettiget til refusion.

7.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Hvis du flytter, skal vi have besked om dette.

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

Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

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

Når du fratræder din stilling

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

Dobbeltforsikring

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden. Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette, i forbindelse med at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være 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 indtegnning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, medlemskab af Sygeforsikringen "danmark", branche, beskæftigelse, civilstatus og eventuelle helbredsoplysninger. Disse oplysninger anvendes til at oprette og administrere forsikringen til brug ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd.

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning.

Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

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

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 afgivet 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 anmeldte sygdomme/skader 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 forsikringsvirksomhed. Uenighed om forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

Vi er ikke ansvarlige for resultatet af undersøgelser, behandlinger og vurderinger, herunder manglende effekt af behandlingen, eller hvis behandlingen resulterer i fejl. Et eventuelt erstatningskrav skal rejses over for det hospital eller den klinik, som har stået for behandlingen.

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

7.12 Hvis du vil vide mere

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

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