

Topdanmark 

DANSK | SUNDHEDS
SIKRING 

Betingelser

Sundhedsforsikring

Senior – privat

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	5
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	7
1.2	Hvad dækker forsikringen?	7
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	8
2.1	Medforsikrede	8
2.2	Karensbestemmelser	8
3.	Hvor dækker forsikringen?	9
4.	Brug af forsikringen	9
4.1	Lægehenvielse og dokumentation	9
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	9
4.3	Akut behandling er ikke dækket	10
4.4	Rejser og udlandsophold	10
4.5	Udeblivelse fra behandling	10
4.6	Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling	10
4.7	Udgifter til behandling	10
4.8	Valg af behandler og behandlingsmetode	11
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	12
4.10	Anmeldelse af skade	13
5.	Hvad dækker forsikringen?	14
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	14
5.2	Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom	15

5.3	Kroniske sygdomme	15
5.4	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	16
5.5	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	16
5.6	Efterkontrol	20
5.6.1	Reoperation	20
5.6.2	Second opinion	20
5.6.3	Medicinudgifter	21
5.6.4	Midlertidige hjælpemidler	21
5.6.5	Genoptræning	21
5.6.6	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	22
5.6.7	Transportudgifter	22
5.7	Fysisk sundhed	23
5.8	Mental sundhed	26
5.8.1	Akut krisehjælp	29
5.8.2	Personlige sundhedsprogrammer	30
5.8.3	Online lægevagt	31
5.8.4	DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demens (tillæggsdækning)	32

6. Hvad forsikringen ikke dækker **36**

7. Generelle bestemmelser **41**

7.1	Forsikringens varighed	41
7.2	Forsikringssum	41
7.3	Betaling af forsikringen	41
7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	42
7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	43

7.6	Oplysningspligt	44
7.7	Behandling af personoplysninger	44
7.8	Behandling af helbredsoplysninger	45
7.9	Urigtige oplysninger	45
7.10	Forældelse	45
7.11	Klagemuligheder	45
7.12	Hvis du vil vide mere	46
7.13	Fortrydelsesret	46

Kontakt Dansk Sundhedssikring

Du kan kontakte os på telefon 70206121 eller via
brugerportalen på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2026.

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

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

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

Forsikringstager modtager information fra Dansk Sundhedssikring om forsikringen og om, hvordan den bruges.

ESG (environmental, social and governance)

Dansk Sundhedssikring tager et stort ansvar for at sikre, at vi efterlever de krav, som stilles i FNs Global Compact, og overerholder vores sociale ansvar i forhold til miljø og klima, sociale forhold samt virksomhedsadfærd (læs mere herom på vores hjemmeside).

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, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

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

Bevægeapparatet

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

Blended care (kombineret behandling)

Ved blended care forstås i disse forsikringsbetingelser en behandlingsform, hvor fysisk fremmøde kombineres med digitale værktøjer, herunder online behandling, apps, videoopkald, e-mails, chat, digitale øvelser, digitale platforme samt andre tilsvarende eller fremtidige digitale behandlingsformer.

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.

Demens

Demens er en fællebetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner, f.eks. alzheimers.

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 til 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.

Med din sundhedsforsikring får du hjælp, rådgivning og værktøjer til at forebygge og behandle skader og passe godt på dit helbred.

Vores sundhedsfaglige 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, herunder vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

Du får hurtig adgang til faglig rådgivning, fleksible behandlingstilbud og digitale sundhedsløsninger som apps, online behandlings- og rådgivningstilbud, træningsvideoer og digitale kurser.

Rådgivning om og forebyggelse af sygdom, skade og mistrivsel er integreret i mange af vores rådgivningstilbud for at gøre ydelserne mere tilgængelige og bæredygtige.

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

2. Hvem er dækket af forsikringen?

Forsikringen kan tegnes af privatpersoner, der er fyldt 60 år og er under 75 år, medmindre andet gælder for aftalen.

Forsikrede skal have fast bopæl/folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser og have et dansk sundhedskort.

2.1 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever til en særskilt pris. Ægtefælle/samlever kan indtegnes fra det fyldte 60. år og indtil det fyldte 75. år, medmindre andet gælder for aftalen.

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

2.2 Karensbestemmelser

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

- Har du allerede en anden aktiv sundhedsforsikring hos os – og tegner Sundhedsforsikring Senior i direkte forlængelse af den eksisterende forsikring – er der ingen karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser.
- Har du ikke en sundhedsforsikring hos os, er der 6 måneders karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at du skal have været omfattet af nærværende forsikring i 6 måneder, før der dækkes udgifter til undersøgelse og behandling af lidelser, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft.

Sygdom og skade, der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

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, 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 og dokumentation

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.

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

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

Behov for akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder ambulance-, vagtlæge- og skadestuesituationer, selvmordsforsøg, udtalte trusler om at begå selvmord samt 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, blodprop/mistanke om blodprop, TCI, 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 eller skadestuen eller ringe 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".

4.4 Rejser og udlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade 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 kun transportudgifter i Danmark, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6.7 "Transportudgifter".

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 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. 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. 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 indeholder derimod forebyggende tilbud og rådgivning, som har til formål at forebygge skader og passe godt på dit helbred.

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.

Hvis 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.

Holdtræning dækkes, hvis vi vurderer, at det er relevant som en del af behandlingen. I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

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

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

Psykolog- og psykoterapeutbehandling foregår kun i vores netværk.

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.

Ved fysioterapi, kiropraktik og psykolog- og psykoterapeutbehandling kan vi tilbyde behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende 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 fysioterapi, kiropraktik og osteopati har du mulighed for selv at vælge behandler. Psykolog- og psykoterapeutbehandling dækkes kun i vores netværk.

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

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, 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 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. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

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

Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via brugerportalen på vores hjemmeside.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os hele døgnet på vores hovednummer. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon.

Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.

5. Hvad dækker forsikringen?

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle afsnit, men 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 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 og smertebehandling, hjernerystelse, knogleskørhed/osteoporose, demenssygdomme, livsstilsændringer og behandlingsforløb samt rådgive om relevante tilbud til kræfttramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stillesiddende tid til voksne og ældre, hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og hvordan man kan styrke sine knogler og forebygge knoglebrud, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidensbaseret træningsapp.

Sundhedsteamet rådgiver også om mental sundhed, og hvordan seniorer kan fremme egen sundhed og modstandskraft ved at være fysisk, mentalt og socialt aktive og gøre noget meningsfuldt.

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

- Forebyggende stress- og trivselslinje
- Seniorrådgivning
- Misbrugsrådgivning
- Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom
- 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 og rådgivning i forbindelse med din behandling samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. vedrørende patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, ventetider, frit sygehusvalg, udrednings- og behandlingsgarantier, aktindsigt, medicintilskud, genoptræning, hjælpemidler, hjemmehjælp og offentlig sygetransport.

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 Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom

Forsikringen tilbyder støtte under og efter kræftsygdom i form af rådgivning ved sundhedsfaglige eksperter.

Sundhedsteamet tilbyder telefonisk rådgivning, støtte og opfølgning, herunder vejledning om symptomer og mulige behandlinger for fysiske senfølger af kræftbehandling.

Sundhedsteamet kan rådgive om og/eller visitere til relevante tilbud i det offentlige eller under sundhedsforsikringen, herunder:

- Rådgivning om relevante tilbud til kræftramte
- Samtalegrupper
- Inspiration til mentale øvelser
- Kostvejledning
- Træning og behandling
- Online lægehjælp
- Personlige sundhedsprogrammer med mulighed for diætist, fysioterapeut og psykolog ved senfølger under og efter kræftsygdom.

5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling ved speciallæge af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden, i op til 6 måneder fra diagnostetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden.

Undersøgelse og behandling ved speciallæge af kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden er ikke dækket.

Kroniske sygdomme i bevægeapparatet, som er opstået i forsikringstiden, dækkes med fysioterapi og kiropraktik – også ud over de 6 måneder fra diagnostetidspunktet.

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

Øvrige kroniske lidelser og sygdomme, som er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er ikke dækket.

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

5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

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

5.5 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

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

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

Lægehenvvisning

Du skal altid have en gyldig henvvisning 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 undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse eller behandling ved speciallæge 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. lægehenvisning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Forsikringen dækker ikke undersøgelse/behandling, som ikke kan vente op til 10 hverdage før første speciallægebesøg, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket".

Er du allerede i et offentligt forløb, eller er du henvist til undersøgelse og/eller behandling/operation 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, er behandlingsbehovet ikke dækket af forsikringen. Her skal det offentlige tilbud altid aktiveres og/eller benyttes.

Hvis du er i et igangværende forløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant behandlingsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse og/eller behandling, 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 eller behandling i privat regi er den bedste løsning ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling 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.

Hudlidelser

Forsikringen dækker hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand væsentligt, f.eks. hudlidelser med udtalt kløe, smerter, sårdannelse, udbredt hududslæt eller infektioner.

Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke, jf. afsnit 7 "Hvad forsikringen ikke dækker".

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

Hudkræft

Hvis forsikringen tidligere har dækket udredning og/eller behandling af hudkræft (f.eks. basalcellekræft eller pladecellekræft), og sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse og/eller behandling, så dækker forsikringen én ny udredning og/eller behandling inden for 3 år fra den oprindelige sygdomsdebut.

Astma- og allergiudredning

Forsikringen dækker udredning ved mistanke om astma eller 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 astma/allergi eller astma/allergi, hvor der opleves forværring, uanset den udløsende årsag.

Forsikringen dækker ikke behandling af astma og/eller allergi.

Grå stær

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

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

Grøn stær

Forsikringen dækker screening for grøn stær ved familiær disposition - hvis der er konstateret grøn stær i din nærmeste familie.

Ved nærmeste familie forstår vi dine forældre og dine søskende.

Vi vurderer, om du skal indsende en gyldig lægehenvielse eller en lægelig anbefaling.

Der dækkes maksimalt én screeningundersøgelse i hele forsikringstiden.

Forsikringen dækker ikke screening af allerede kendt grøn stær, eller grøn stær, hvor der opleves forværring, uanset udløsende årsag.

Åreknuder

Åreknuder dækkes kun, hvis der efter vores vurdering er alvorlige symptomer, f.eks. i form af sår, som ikke vil hele, eller dyb betændelse, hvis du har mistet din køretilladelse pga. lidelsen, og/eller hvis du er sygemeldt.

Kræft

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

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

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

Hjertesygdomme

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

Osteoporose (knogleskørhed)

Forsikringen dækker speciallægehenvist udredning for osteoporose, herunder en eventuel DEXA-scanning, for at afgøre, om knoglemassen er nedsat i en sådan grad, at der er tale om osteoporose. Der dækkes relevante undersøgelser ved speciallæge, indtil der er stillet en diagnose.

Sundhedsteamet kan hjælpe med at finde en tid i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen.

Undersøgelsesgarantien på 10 hverdage gælder ikke for udredning af knogleskørhed.

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.

Behandling og/eller øvrige medicinske behandlingsformer dækkes ikke. Sundhedsteamet kan vejlede dig om de offentlige behandlingstilbud.

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter tilbyder rådgivning om, hvordan man kan styrke sine knogler og forebygge knoglebrud, kost til personer med osteoporose, fysisk aktivitet, selvtræning og medicin og kan henvise til en online risikotest for knogleskørhed, relevant materiale og relevante artikler.

Sundhedsteamet kan ud fra en faglig vurdering henvise til et særligt målrettet personligt sundhedsprogram ved knogleskørhed/osteoporose, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.2 "Personlige sundhedsprogrammer".

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig undersøgelse og/eller behandling 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 og/eller behandling 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 eller behandling på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse eller behandling 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 udrednings- og/eller behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen 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 længevarende 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, lockout og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

5.6. Efterkontrol

Forsikringen dækker nødvendig ambulant efterkontrol efter dækningsberettiget operation foretaget via os i op til 24 måneder efter sidste behandlingsdag, under forudsætning af at forsikringen stadig er aktiv.

Kontrollen skal være ordineret af relevant speciallæge og efter vores vurdering være rimelig og nødvendig.

Forsikringen dækker ikke gentagne kontroller.

Kontrol efter operation foretaget i offentligt regi, eller i privat regi betalt af det offentlige, dækkes ikke.

5.6.1 Reoperation

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

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

5.6.2 Second opinion

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

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

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

Third opinion

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.

5.6.3 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til egenbetaling af receptpligtig medicin i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation på et behandlingssted anvist af os. Medicinen skal være ordineret af behandlende speciallæge og være nødvendig for den udførte operation. Medicinudgifter dækkes i op til 24 måneder fra operationsdatoen.

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

5.6.4 Midlertidige hjælpemidler

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

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

5.6.5 Genoptræning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig ambulant genoptræning med almen fysioterapi og kiropraktik i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet.

Genoptræningen skal være ordineret/henvist af behandlende speciallæge.

Forsikringen dækker genoptræning efter operation i det offentlige, hvis operationen er dækningsberettiget.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering dækker forsikringen lægehenvist genoptræning til dækningsberettigede og ikke-operationskrævende lidelser, f.eks. slidigt i knæ og hofter samt diskusprolaps i ryg, lænd og nakke uden operation. Der dækkes konservativ behandling, herunder eventuelt holdtræning som led i genoptræningsplanen.

Der dækkes ét genoptræningsforløb pr. dækningsberettiget diskusprolaps, slidigt eller operation i bevægeapparatet.

Genoptræningen har til formål at opnå selvtræningsniveau.

Behandlingen finder sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ud fra en faglig vurdering – dog maksimalt i 6 måneder pr. sygdom/skade gældende fra første behandlingsdag.

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 status og en genoptræningsplan eller en behandlingsplan fra din behandler.

Du skal have en gyldig lægehenviisning til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

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

Forsikringen dækker ikke andre former for genoptræning. Der dækkes ikke rekreative- og behandlingsophold.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

Ved behandling i vores netværk tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

5.6.6 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne samt på- og afklædning i maksimalt 3 måneder regnet fra udskrivesdatoen og på maksimalt 30.000 kr. i forsikringstiden.

Der dækkes ikke hjemmehjælp i de tilfælde, hvor behovet kan tilskrives alderdom, demens, senilitet eller lignende. Vi kan vælge, at det skal være hos en hjemmeservicevirksomhed anvist af os.

5.6.7 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter til speciallæge i psykiatri ved akut krisehjælp.

Udgifter til taxa dækkes ikke.

Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

Regninger for transport skal være indsendt, senest 6 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse/behandling

Forsikringen dækker transportudgifter til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 60 km fra din bopæl. Der dækkes efter statens laveste takst for kørsel i egen bil (indeksreguleres) eller den billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

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

Medicinsk ledsager

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

5.7 Fysisk sundhed

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 hos fysioterapeut, kiropraktor og osteopat i Danmark efter henvisning fra sundhedsteamet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår – også i tilfælde af flere skader. Af de 10 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 5 af dem være til osteopati – også i tilfælde af flere skader.

Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle. 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 behandlingen skønnes at være uden virkning.

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

Du kan selv vælge, hvilken behandler du vil benytte. 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.

Sundhedsteamet vurderer, om du i relevante tilfælde skal have en lægelig vurdering/lægehenvi-
sning/anbefaling.

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 behandleren.

Refusion og tilskud

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at et eventuelt tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrasket. 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.

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 lægehenvi-
sning, 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.

Online fysioterapi og blended care (kombineret behandling)

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

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en kiropraktor, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet er en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde (blended care).

Antallet af behandlinger afhænger af en faglig vurdering og indgår i den samlede grænse på maksimalt 10 behandlinger – både i og uden for netværket – pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag.

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

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

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

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

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

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

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

Der kan maksimalt dækkes ét GLA:D-forløb i forsikringstiden pr. sygdomsregion (knæ, hofte, ryg). Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

I de tilfælde, hvor vi ikke kan dække GLA:D-træning til din problematik, vil dækningen for almindelig fysioterapi være gældende.

5.8 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 i Danmark. Det er en forudsætning for dækning, at skaden er dækningsberettiget.

Vi kan tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til en række forskellige behandlingsformer, herunder telefonisk, online eller fysisk behandling. Forløbs-typen 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, 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 og seniorrådgivning

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. arbejdslivet som senior, personlige kriser, seniorliv, pensionering, børn, samliv, skilsmisse, sygdom, livsstil, helbred, mental sundhed, sorg og andre følelser, svære situationer i hverdagen, demenssygdomme, forebyggelse af demens, sygdom og misbrug.

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

Som en del af stress- og trivselslinjen tilbyder vi også 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 misbrug (f.eks. alkohol, kokain, hash og medicin), ludomani og købemani, sex- og pornoafhængighed og spilafhængighed) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer. Misbrugsbehandling 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 brugerportalen. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en rådgiver på et aftalt tidspunkt.

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

Sundhedsteamet kan give dig 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. Man skal være 18 år eller derover for at kunne anvende platformen.

Den mentale værktøjskasse

Vi tilbyder forskellige forløb, hvor du opnår viden om det sunde sinds reaktioner på belastning og får konkrete værktøjer til selv at kunne handle og styrke din mentale sundhed. Der fokuseres på funktionsniveau og handlinger tilpasset din situation og dine erfaringer.

Sundhedsteamet kan ud fra en faglig vurdering tilbyde adgang til forskellige målrettede tilbud:

- **Mental sundhed – din værktøjskasse**

Livewebinar med psykologer/psykoterapeuter, hvor du får viden om, hvordan du håndterer belastninger, f.eks. store livsforandringer. Du har mulighed for at stille spørgsmål undervejs. Du opnår viden om sindets reaktioner og får konkrete værktøjer, du selv kan bruge fremover til at styrke din mentale sundhed.

- **Mental sundhed – din værktøjskasse med mentor**

Personlige samtaler med en erfaren mentor målrettet mod livsudfordringer, hvor der er brug for ekstra støtte til selv at arbejde med værktøjer, der styrker din mentale sundhed.

Behandling hos psykolog og psykoterapeut

Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering af behandlingsbehovet relevant, rimelig og nødvendig individuel behandling af behandlingskrævende psykiske lidelser og mentale udfordringer hos en psykolog med praksisuddannelse (klinisk psykolog) eller en psykoterapeut i Danmark ved følgende lidelser:

- Mild til moderat depression
- Angst
- Stress
- Tilpasningsreaktion – behandlingskrævende reaktion på større livsændringer eller belastninger, der påvirker funktionsevnen; f.eks. længerevarende nedtrykthed eller psykisk belastning efter tab, ophør af arbejdslivet, samlivsbrud, alvorlig sygdom, ulykker og/eller dødsfald hos dig selv eller dine nærmeste pårørende.

Du skal altid have en gyldig henvisning eller anbefaling fra din læge.

Stress kræver ikke henvisning/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 lidelsen er symptomgivende, og der skal være et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle. Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden.

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

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

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Vi kan efter en faglig vurdering henvise til individuel fysisk eller online/digital/telefonisk behandling ved en psykolog eller en psykoterapeut i vores netværk. Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Psykiater

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater vedrørende dækningsberettiget skade/lidelse ved følgende lidelser:

- Mild til moderat depression
- Angst
- Stress
- Tilpasningsreaktion – behandlingskrævende reaktion på større livsændringer eller belastninger, der påvirker funktionsevnen; f.eks. længerevarende nedtrykthed eller psykisk belastning efter tab, ophør af arbejdslivet, samlivsbrud, alvorlig sygdom, ulykker og/eller dødsfald hos dig selv eller dine nærmeste pårørende.

Konsultationerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden.

Vi kan afvise yderligere dækning, hvis vi tidligere har dækket samme sygdom/skade/lidelse.

Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler i vores netværk. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2.000 kr. pr. konsultation.

5.8.1 Akut krisehjælp

Du kan altid ringe til sundhedsteamet og få rådgivning ved akutte og voldsomme hændelser.

Sundhedsteamet kan visitere til en række forskellige behandlingsformer, hvis vi vurderer, at du har fået en behandlingskrævende 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 – eller en hændelse af lignende karakter, uanset om den involverer en kollega, et familiemedlem eller en anden person.

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

Der er ikke krav om lægehenvisning.

Sundhedsteamet vurderer, hvilken behandling der er brug for, og kan henvise til forskellige behandlingsformer:

- I relevante tilfælde kan vi, ud fra en faglig vurdering, visitere til behandling hos psykolog eller psykoterapeut – enten telefonisk, online eller fysisk i vores behandlernetværk.
- Hvis vi vurderer, at du er berettiget til krisehjælp, og hændelsen kræver en akut indsats, kan du få tilbudt telefonisk kontakt med en psykolog i vores netværk, inden for 3 timer efter at anmeldelsen er godkendt, afhængigt af hændelsens karakter og geografiske placering. Det eventuelle efterfølgende forløb fastlægges ud fra en faglig vurdering.

Hvis anmeldelsen sker mere end 48 timer efter hændelsen, eller hvis sundhedsteamet vurderer, at hændelsen ikke berettiger til akut krisehjælp, vil dækningen for almindelig psykologbehandling være gældende, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8 "Mental sundhed".

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

Der dækkes ikke akut psykologbehandling eller debriefing i udlandet.

5.8.2 Personlige sundhedsprogrammer

Vi kan ud fra en faglig vurdering henvise til et personligt digitalt sundhedsprogram i form af individuelt tilpassede forløb. Sundhedsprogrammet tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk. Forløbets varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering og har en maksimal varighed på 12 måneder.

Forløbet dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. lidelse/problematik i forsikringstiden – og maksimalt 2 forløb i forsikringstiden.

Vælger du at afbryde et forløb før tid, betragtes forløbet som afsluttet, og der dækkes ikke yderligere.

Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, osteoporose, multisygdom og overvægt

Ved diagnosticeret diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, osteoporose, multisygdom (mindst to diagnosticerede kroniske sygdomme) eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb med digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med digital personlig rådgivning om fysisk og mental trivsel, f.eks. i form af træning og træningsrådgivning ved en fysioterapeut og rådgivning om mental sundhed for seniorer ved en sygeplejerske og/eller en psykolog.

Personligt sundhedsprogram til håndtering af livet med og efter kræftsygdom

Ved svære og varige gener under kræftsygdom eller ved svære og varige senfølger efter kræftsygdom i form af fysiske og psykiske helbredsproblemer, der påvirker din hverdag, f.eks. i form af søvnbesvær, tarmproblemer, smerter og angst, kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livet med og efter kræftsygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb vedrørende håndtering af gener, følgevirkninger, hverdagen og det sociale liv, ernæring, træning og redskaber til mestring af livet med og efter kræftsygdom. Der er adgang til digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med personlig digital rådgivning ved en sygeplejerske, fysioterapeut og/eller psykolog.

5.8.3 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 – også selvom ægtefælle/samlever eller hjemmeboende børn ikke er tilmeldt forsikringen.

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge og tilbyder hurtig adgang til mail- og videokonsultationer med en privat lægevagt uden for almindelig åbningstid.

Lægevagten betjenes af erfarne speciallæger i almen medicin og kan give lægefaglige råd og vejledning og svare på spørgsmål om sygdom og sygdomssymptomer, der ikke kræver fysisk undersøgelse. Lægevagten kan også udskrive og forny de fleste recepter, vejlede om håndkøbsmedicin og henvise til regionale offentlige sygehuse.

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

5.8.4 DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demens (tillæggsdækning)

Ud fra en faglig vurdering dækker tillægget adgang til kviktest og screening, monitorering, forebyggelse, sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation, hvis du er i risikogruppen for at udvikle demenssygdom og har selvoplevede symptomer på demenssygdom.

Tillægget giver ikke adgang til kviktest og screening i det tilfælde, hvor din praktiserende læge har henvist dig til demensudredning i det offentlige sundhedsvæsen. Her tilbyder vi sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation ud fra bestemmelserne i afsnit 5.1 "SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning".

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor der er stillet en diagnose på demenssygdom.

For tillæggsdækningen gælder de samlede forsikringsbetingelser, men også de nærmere regler og undtagelser, som fremgår af denne dækning.

Tidlig opsporing af og screening for demenssygdom

Tillægget dækker screening, monitorering, forebyggelse, sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation for forsikrede i risikogruppen for at udvikle demenssygdom og med symptomer på demenssygdom.

Hvis din praktiserende læge allerede har henvist dig til udredning for demens i det offentlige sundhedsvæsen, vil du ikke blive tilbudt adgang til kviktest og screening. Du kan i stedet aktivere tilbuddet om sundhedsnavigation og sundhedsrådgivning, som er beskrevet nærmere i afsnittet "SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning".

Kviktest

Forsikringen dækker en kviktest ved selvoplevede kognitive udfordringer (f.eks. besvær med at læse, regne og udtrykke sig), desorientering, forandringer i humør og væremåde, nedsat dømmekraft, besvær med at tænke og planlægge, faldtendens og påvirket daglig levevis. Der dækkes to adgange til kviktesten i forsikringstiden. Du skal kontakte Dansk Sundhedssikring for at få adgang til testen, som udføres enten digitalt eller ved en telefonsamtale med vores sundhedsteam.

Demensscreening

Hvis resultatet af kviktesten viser symptomer på demenssygdom, tilbydes du telefonisk kontakt med vores sundhedsfaglige personale i sundhedsteamet, som vil tilbyde dig adgang til et digitalt screeningsværktøj udviklet til personer med symptomer på demenssygdom. Der dækkes et screeningsforløb i forsikringstiden samt et re-screeningsforløb ud fra en sundhedsfaglig vurdering og resultatet af det første screeningsforløb.

Når du har gennemført den digitale screening, bliver resultaterne analyseret af vores samarbejdspartner med speciale i screening og tidlig opsporing af demenssygdom.

Screeningens resultater forelægges både dig og Dansk Sundhedssikring. Du vil inden for 48 timer blive ringet op af sundhedsteamet med henblik på en gennemgang af testresultaterne og en plan for det videre forløb.

Hvis din screening for demenssygdom viser, at du ikke er i risiko for at udvikle demenssygdom, afsluttes forløbet med telefonisk kontakt med vores sundhedsteam. Vi vil råde dig til at kontakte din praktiserende læge, hvis du fortsat oplever symptomer på demenssygdom.

Hvis din screening for demenssygdom viser, at du er i risiko for at udvikle demenssygdom, tilbydes du opfølgende omsorgsopkald fra vores sundhedsfaglige personale efter cirka 14 dage, 1 måned og 3 måneder. Du får tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver i form af en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig gennem hele dit forløb.

Det tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske er den samme under hele forløbet. I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (f.eks. sygdom eller barsel) sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske. Vi vil råde dig til at kontakte din praktiserende læge, som skal vurdere, om du skal henvises til udredning og behandling for demenssygdom i det offentlige sundhedsvæsen.

Re-screening

Hvis din screening for demenssygdom viser få symptomer på, at du er i risiko for at udvikle demenssygdom, tilbydes du en re-screening efter 6 måneder. Du modtager automatisk en påmindelse på e-mail og/eller sms med en udførlig vejledning til, hvordan du aktiverer re-screeningen.

Hvis re-screeningen viser, at du nu er i risiko for at udvikle demenssygdom, tilbydes du opfølgende omsorgsopkald fra vores sundhedsfaglige personale efter cirka 14 dage, 1 måned og 3 måneder. Du får tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver i form af en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig gennem hele dit forløb.

Det tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske er den samme under hele forløbet. I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (f.eks. sygdom eller barsel) sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske. Vi vil råde dig til at kontakte din praktiserende læge, som skal vurdere, om du skal henvises til udredning og behandling for demenssygdom i det offentlige sundhedsvæsen.

Henvisning til offentligt sygehus

Hvis din læge vurderer, at du har behov for undersøgelse eller behandling vedrørende demenssygdom, skal du henvises til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Vi skal bruge en kopi af din lægehenvielse, inden sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation kan påbegyndes.

Sundhedsnavigation og sundhedsrådgivning

Hvis din konsultation med egen læge resulterer i en henvisning til udredning og behandling af demenssygdom, dækker dette tillæg sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation. Vores rådgivningsteam består af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og andet sundhedsfagligt personale. Alle har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder rådgivning og navigation i det offentlige danske sundhedsvæsen.

Der dækkes sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i op til 24 måneder, hvis du henvises af din egen læge til udredning og behandling af demenssygdom. Tillægget dækker ikke følgelidelser til demenssygdom.

Der dækkes alene sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation og lægerådgivning vedrørende dit offentlige sygehusforløb i Danmark. Forsikringen dækker ikke sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation eller lægerådgivning, hvis du under dit forløb befinder dig i udlandet eller er under behandling og/eller rekreation i udlandet, som det danske sundhedsvæsen har visiteret til.

Din kontaktsygeplejerske

Når din sagsanmeldelse er godkendt, vil du få tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver i form af en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig og din familie gennem hele dit offentlige sygehusforløb. Det tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske er den samme under hele forløbet.

I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (f.eks. sygdom eller barsel) sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske.

Din kontaktsygeplejerske bistår dig og din familie ved f.eks. at:

- Hjælpe med kontakt til sygehuset vedrørende opfølgning på din indkaldelse, herunder sikring af overholdelse af gældende udrednings-/behandlingsgarantier
- Forberede dig på mødet med sygehuset, undersøgelserne og det videre behandlingsforløb
- Deltage i lægesamtaler via digitale platforme eller telefon og være din fagligt kompetente og uafhængige bisidder
- Hjælpe med at gennemgå dine lægejournaler og undersøgelsessvar fra hospitalet
- Tilvejebringe lægefaglig rådgivning fra forsikringens egne lægekonsulenter, herunder om, hvorvidt de planlagte undersøgelser er tilstrækkelige, relevante og forventelige i relation til din sygdom eller lidelse
- Tilvejebringe klinisk rådgivning, herunder medicinrådgivning
- Bestille tider til behandling eller undersøgelse i det omfang, det offentlige sygehusvæsen tillader det
- Være behjælpelig med at bestille transport eller anden assistance, hvis du får brug for det.
- Foretage omsorgsopkald til dig

- Være behjælpelig med at skabe kontakten til dit pensionsselskab, ulykkesforsikringsselskab og lignende
- Kontakte kommunale instanser, hvis der er behov herfor
- Bistå dig i overgangen mellem indlæggelse og udskrivelse
- Tilvejebringe socialrådgiverbistand
- Tilvejebringe psykologisk rådgivning om alvorlig sygdom eller sorg/krise
- Tilvejebringe samtale om livets afslutning.

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

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

Rådgivning om mulighed for second opinion

Vi rådgiver og vejleder dig om mulighederne for at blive indstillet til en second opinion i offentligt sygehusregi, hvis der er sundhedsfaglig årsag hertil. Vi kan også tilbyde, at vores læger kan gennemgå alle relevante journaler og undersøgelsesbeskrivelser for at rådgive om, hvorvidt den udredning, som er foretaget, skønnes tilstrækkelig, relevant og forventelig i relation til din sygdom eller lidelse.

Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske

Kommunikationen med din kontaktsygeplejerske vil primært foregå telefonisk og som e-mail-korrespondance via din profil på vores hjemmeside. Ved lægesamtaler, som finder sted på sygehuset, kan din kontaktsygeplejerske deltage via digitale platforme eller på medhør på telefonen.

Det er også muligt, at du og din familie kan tale med din kontaktsygeplejerske, inden lægesamtalen finder sted, så du/I er bedst muligt forberedt på samtalen med lægen.

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

Samtykke og fuldmagt

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

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

Medlemskab af patientforening

Hvis screeningen viser, at du har symptomer på demenssygdom, dækkes udgifter til et medlemskab af en relevant patientforening i op til 12 måneder. Dog maksimalt op til et vist rimeligt beløb fastsat og løbende reguleret af Dansk Sundhedssikring ud fra de gældende takster for patientforeninger i Danmark og den generelle prisudvikling for disse. Beløbet vil fremgå af den betalingsgaranti, som vi udsteder.

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 5.8.1 "Akut krisehjælp".
- Forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende undersøgelse og behandling, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, alle former for gigt og degenerative lidelser, herunder slidgigt og aldersbetinget rygslitage, spondylose, knoglesygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, refluks, kronisk tarmbetændelse, irritabel tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose og lignende.
- Udredning og behandling af benlængdeforskel (anisomeli), skoliose, hoftedysplasi og dyspraksi.
- Behandling af astma og allergi.

- Udredning og behandling af analfissur, anal fistel, pilonidalcyster, anal- og slimhindeprolaps samt hæmorider.
- 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.
- Hormonelle lidelser, herunder hormonel ubalance, symptomer på hormonel ubalance samt lignende tilstande.
- Medfødte fysiske og psykiske lidelser og lidelser, der kan relateres til fødslen/fosterstadiet, samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, deformiteter og hofteskred.
- Fysioterapi og kiropraktik i forbindelse med astma- og allergilidelser, søvnløshed, hjerte-kar-lidelser, forhøjet blodtryk, Parkinsons sygdom, epilepsi, hukommelsessygdomme, diagnosticerede hovedpinesygdomme kæbespændinger og kæbeproblematikker. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller rygspændinger.
- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.
- Udredning, behandling og operation af kosmetiske lidelser samt følger heraf, herunder lidelser, som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystkorrektioner, brystforstørrende og brystformindskende operationer uanset årsag, rekonstruktion af bryst, undersøgelse af og udskiftning/fjernelse af implantater uanset årsag, pandeløft og gynækomasti.
- Udredning, behandling og operation af hængende øjenlåg (øvre og nedre).
- Behandlinger med Botox, Xiapex, MiraDry og anden behandling af svedtendens/hyperhidrose. Behandlinger, der sidestilles hermed.
- Behandling af eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, gastrisk sleeve og lignende operationer, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt.
- Udredning og behandling af hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væsentligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modermærker 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. Behandling af tilbagevendende hudlidelser, behandling med Mohs' kirurgi eller lignende behandlingstyper.
- 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.

- 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. Udredning og behandling af ændret seksualfunktion.
- 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).
- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, herunder ADHD, ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismspektret), Tourettes syndrom, demens og spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori og følger heraf.
- 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.
- Udrednings- og/eller behandlingsforløb vedrørende psykiske lidelser, som vi betragter som værende af høj kompleksitet, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være forløb med komplekse sygdomsbilleder med flere samtidige psykiske lidelser og/eller forløb, der kræver tværfaglige behandlingstilbud eller særlige specialistkompetencer.
- Sygdomme eller lidelser, der er omfattet af et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis du er henvist til offentligt pakkeforløb i psykiatrien.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Samtaleterapi og medicin ved psykiater.
- Udgifter til medicin ud over dem, der er nævnt i afsnit 5.6.3 "Medicinudgifter".
- 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, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af vedligeholdende og forebyggende karakter.
- Behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, tandlægeskræk, 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, lægehenvísninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.

- Udredning og behandling af hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolførhøjelse, åreforkalkning, forhøjet kolesterol samt forsnævring i kranspulsårerne, KAG, karkirurgi og hjerteoperationer.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinikker og lignende.
- Tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi, tyggeskader, tandproteser, broer, knogleopbygning, bideskinner samt gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber. Tandskade i direkte forbindelse med en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os, dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.10 "Tandbehandling".
- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Udredning, undersøgelse og behandling 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 og AMD. Grå stær dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.5 "Grå stær".
- Vitrektomi, vitreolyse. Synskorrigerende linse, uanset årsag og uanset linsetype. Linseudskiftning.
- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger og hjælpemidler.
- Udredning, undersøgelse og behandling 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 tillægsydelser i forbindelse med behandling, såsom shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage og ultralydsscanning, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Ultralydsscanning dækkes dog i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.5 "Undersøgelse og behandling 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.

- 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.
- Udrednings- og behandlingsforløb samt sygdomme, skader og lidelser, som vi vurderer som værende af høj kompleksitet og/eller højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Dette gælder også sjældent forekommende og komplicerede sygdomsforløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner/specialister eller flerfaglighed eller kræver særlige kirurgiske kompetencer. Det kan f.eks. være ved sygdomsbilleder med samtidig forekomst af eller mistanke om flere lidelser eller ved udredning og behandling, som ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan (eller retningslinjer) skal varetages af en højt specialiseret funktion. Det omfatter bl.a. komplicerede rekonstruktioner, amputationer, transplantationer, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperationer, protonterapi samt behandling med stamceller.
- Kompliceret kirurgi på skjoldbruskkirtel og biskjoldbruskkirtler, udskiftning af proteser og lignende.
- 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.
- I tilfælde af force majeure, der medfører begrænset kapacitet, herunder skade/sygdom og behov for behandling, der f.eks. skyldes samfundsmæssige handlinger, generalstrejke, naturkatastrofer, problemer med infrastruktur, it-nedbrud, hackerangreb, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier samt virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme og behov for behandling, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.
- Private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager, private udgifter under indlæggelse eller lignende samt udgifter til tolkebistand.

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

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

7.3 Betaling af forsikringen

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

Månedlig betaling

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

Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

For sen betaling

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

For hvert rykkerbrev, vi sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af vores hjemmeside.

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 en måneds varsel til den første i en måned. Vi indfører nye gebyrer med 3 måneders varsel til den første i en måned. Vi varsler forhøjelser og nye gebyrer via vores hjemmeside.

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Præmien reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt.

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt Danmarks Statistiks offentliggjorte lønindeks for den private sektor, medmindre andet fremgår af aftalen. Ophører dette indeks, eller ændres grundlaget for beregningen, har vi ret til at bruge et lignende indeks fra Danmarks Statistik.

Præmiereguleringen kan ske ud over indeksering og lovmæssige ændringer.

Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt, senest løbende måned plus 1 måned efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

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

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

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

Vi vurderer regelmæssigt, om der er behov for at ændre forsikringsbetingelserne. Ændringerne kan skyldes forskellige forhold, f.eks. ændringer i lovgivning, skatte- og afgiftsmæssige forhold, markedsmæssige forhold, produktændringer og økonomiske forhold som f.eks. stigende levestandard og udgifter (ud over indeks) eller øgede skadesudgifter.

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringen, som er tegnet for ét år ad gangen, bliver automatisk fornyet på hovedforfaldsdatoen.

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

Dansk Sundhedssikring kan opsig forsikringen skriftligt med en måneds varsel til fornyelsesdatoen. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsig forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du udtræder af ordningen, hvis du afgår ved døden, ved manglende betaling af præmien, eller hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Danmark.

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

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

Dækning ved ophør af forsikringen

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

Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvielse.

Refusion af regninger 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/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.

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 kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have 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, pensionselskaber 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.

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, hvor du også kan finde vores telefonnummer og anmelde din skade online.

7.13 Fortrydelsesret

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

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

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

Du skal sende din besked om, at du har fortrudt købet, til:

Dansk Sundhedssikring

Hørkær 12B
2730 Herlev

E-mail: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk