



Betingelser – Privat

Sundhedsforsikring Flex

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	3				
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3		5.3	Medicinsk second opinion ved vores specialister	9
1.2	Hvad dækker forsikringen	3		5.4	Online lægevagt	10
2.	Hvem er dækket af forsikringen	4		5.5	Tværfaglig behandling af lidelser i bevægeapparatet	10
2.1	Medforsikrede	4		5.6	Misbrugsrådgivning	11
2.2	Karensbestemmelser	4		5.7	Online/digital behandling af psykiske lidelser	11
3.	Hvor dækker forsikringen	4		5.8	Akut krisehjælp	12
4.	Brug af forsikringen	5		5.9	Forebyggende stress- og trivselslinje	12
4.1	Lægehenvielse	5		6.	Hvad forsikringen ikke dækker	13
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	5		7.	Generelle bestemmelser	14
4.3	Akut behandling er ikke dækket	5		7.1	Forsikringens varighed	14
4.4	Rejser og udenlandsophold	5		7.2	Forsikringssum	14
4.5	Udeblivelse fra behandling	5		7.3	Betaling af forsikringen	14
4.6	Igangværende og planlagt behandling	5		7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	15
4.7	Udgifter til behandling	5		7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	16
4.7.1	Takster for fysioterapi, kiropraktik, osteopati og psykologbehandling	6		7.6	Oplysningspligt	16
4.8	Valg af behandler	6		7.7	Behandling af personoplysninger	17
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	7		7.8	Behandling af helbredsoplysninger	17
4.10	Anmeldelse af skade	7		7.9	Urigtige oplysninger	17
5.	Hvad dækker forsikringen	8		7.10	Forældelse	17
5.1	SundhedsNavigator & sundhedsrådgivning	8		7.11	Klagemuligheder	17
5.2	Hurtig udredning	8		7.12	Hvis du vil vide mere	18
				7.13	Fortrydelsesret	18

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2024.

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

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

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

Definition af de enkelte begreber, som er anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

Den person, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

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

1.1 Hvornår gælder forsikringen

Forsikringen gælder i forsikringstiden. Forsikringen træder i kraft på det tidspunkt, der er aftalt mellem forsikringstager og Dansk Sundhedssikring.

1.2 Hvad dækker forsikringen

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

Behandlingsformer

For at sikre optimal og fleksibel behandling af din problemstilling kan vi henvise til flere forskellige behandlingsformer og behandlingsmuligheder. Det kan være digital/online behandling eller fysisk fremmøde ved en behandler. Vi vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

2. Hvem er dækket af forsikringen

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

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

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser. Undtagelser vil fremgå af aftalen.

Arbejder du i udlandet, er du kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

2.1 Medforsikrede

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

Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år. Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

2.2 Karensbestemmelser

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

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring. Dette gælder dog ikke ved kroniske lidelser, medmindre andet fremgår af aftalen.

3. Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi henviser til en digital/online behandlingsmulighed eller et behandlingssted i det offentlige eller 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 er gældende, men nærmere regler og undtagelser er beskrevet i de efterfølgende afsnit, hvorfor vi anbefaler, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

4.1 Lægehenvi sning

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, skal du have en lægelig henvi sning eller anbefaling, der beskriver sygdommen/skaden, før du bruger forsikringen. Lægehenvi sningen skal foreligge inden undersøgelse eller behandling kan påbegyndes. Du skal derfor starte med at konsultere din egen læge, som bedst kan vurdere dit behandlingsbehov. Hvis din læge vurderer, at du har behov for undersøgelse eller behandling, skal du, hvis det er muligt, henvises til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvi sning kan du anvende, når du anmelder skaden til os.

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende al undersøgelse og behandling, inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder undersøgelse og behandling som kræver hurtig assistance, og som ikke kan afvente planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, lægevagten, Akuttefonen, skadestue eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udenlandsophold

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

I en række tilfælde kan vi ud fra en faglig vurdering henvise til digital/online behandling. De digitale behandlingsmuligheder samt online lægehjælp kan benyttes i Danmark og under ophold i udlandet.

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringsselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen. Når vi overtager en skade fra dit tidligere forsikringsselskab, vil den være dækket ud fra vores gældende forsikringsbetingelser.

4.7 Udgifter til behandling

Alle udgifter skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat. Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, så modregner vi den del og betaler din andel (egenbetalingen). Hvis du er medlem af Sygeforsikringen "danmark", så modtager og modregner vi dit eventuelle tilskud til behandlingen.

I de tilfælde, hvor vi henviser til undersøgelse på privatklinik eller privathospital, vil betalingen normalt ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

Vi dækker ikke udgifter, som det offentlige allerede fuldt eller delvist har dækket, eller hvis det offentlige har tilbudt at dække, men hvor datoen for undersøgelse eller behandling ikke passede dig, uanset årsagen.

4.7.1 Takster for fysioterapi, kiropraktik, osteopati og psykologbehandling

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

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

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

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

Psykologbehandling foregår digitalt/online i vores kvalitetssikrede netværk, og vi afregner med behandleren. Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler

Behandlingen skal efter vores vurdering forventeligt kunne kurere lidelsen eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden.

Der dækkes kun behandlinger, som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark og i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer og hyppigt anvendt i det offentlige sundhedsvæsen. Behandlingerne skal foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

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

Vi anvender en tilgang, hvor vi stræber efter at tilpasse behandlingsformen ud fra evidens samt fleksibilitet. Det kan være instruktion i øvelser, videokonsultationer eller fysisk konsultation på en klinik.

Forsikringen dækker kun de behandlingsformer, som er nævnt i forsikringsbetingelserne under de forskellige dækninger. Vi anbefaler typisk behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler.

Behandling af psykiske lidelser dækkes altid digitalt i vores kvalitetssikrede netværk.

Ved undersøgelse hos speciallæge vil første undersøgelse igangsættes inden for 10 hverdage i enten det offentlige eller i det private sundhedsvæsen. Vi henviser til klinik.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os. Der dækkes ikke udgifter til undersøgelse eller behandling udført af dig, dine familiemedlemmer eller en virksomhed tilhørende en af disse.

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

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

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

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

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

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade er ved at anmelde den online via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk. Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag. Anmeldelse kan også ske telefonisk. Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os telefonisk hele døgnet på telefon 70206121. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon. Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.

5. Hvad dækker forsikringen

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle afsnit, men med de særlige regler og undtagelser, som gælder for den enkelte dækning.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

5.1 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning

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

Du tilbydes telefonisk sygeplejerske, fysioterapeut- og lægekonsultation til alle sundheds- og helbredsproblemer – også dem, der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Sundhedsteamets rådgivningslinjer sikrer dig adgang til rådgivning om bl.a. sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet og behandlingsforløb.

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud – f.eks. patientretigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, arrangere transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

I de tilfælde, hvor skaden kun kan løses i det offentlige eller ikke er dækket af forsikringen, tilbyder vi dig rådgivning i forbindelse med dit behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

5.2 Hurtig udredning

Forsikringen dækker rimelige undersøgelser udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose. Udredningen kan finde sted efter skriftlig henvisning fra egen læge. Der dækkes relevante undersøgelser ved speciallæge, indtil der er stillet en diagnose, f.eks. eventuel billeddiagnostiske undersøgelser, laboratorieprøver m.v.

Hvis udredningen fører til, at der ikke kan stilles en diagnose, afsluttes udredningsforløbet, når vi sundhedsfagligt vurderer, at alle relevante undersøgelser er gennemført. Det efterfølgende behandlingsforløb skal finde sted i offentligt regi. Forsikringen dækker ikke yderligere udredning/diagnose af sygdomssymptomer, hvor vi tidligere har dækket udredning af samme lidelse/skade, eller hvor samme udredning/diagnose tidligere er foretaget eller stillet i offentligt eller privat regi. Her henvises til forsikringens tilbud om medicinsk second opinion.

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

Du garanteres, at dækningsberettiget udredning er sat i gang inden for 10 hverdage i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvi-
sning, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til udredning på et privathospital eller en privat klinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til. I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

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

Hudlidelser

Forsikringen dækker rimelige undersøgelser udført af hudlæge på hospital eller klinik, som vi vurderer, er nødvendige for at stille en diagnose. Udredningen kan finde sted efter skriftlig henvisning fra egen læge. Forsikringen dækker kun udredning af hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand. Udredning af hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske, dækkes ikke. Der dækkes ikke udredning af tilbagevendende hudlidelser eller ved tilbagefald, f.eks. andre steder på kroppen.

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

Kræft

Forsikringen dækker udredning af kræftsygdom. Hvis ventetiden for udredning i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes. Ved kræftsygdomme, som indgår som et samlet pakkeforløb i det offentlige, skal det offentlige tilbud altid aktiveres og benyttes.

Udredningsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig, eller har mulighed for at tilbyde dig en tid inden for garantien på 10 hverdage, men hvor datoen ikke passer dig, uanset årsagen til dette.
- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse i det private eller offentlige sundhedsvæsen, f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste.
- Hvis du udtrykker ønske om undersøgelse på et senere tidspunkt end perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt at igangsætte udredning inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at forløbet er højtspecialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser, komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.
- Under storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol. I disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

5.3 Medicinsk second opinion ved vores specialister

Hvis du tidligere er udredt og diagnosticeret for samme problematik, som du henvender dig med, tilbyder vi gennemgang af journaler, henvisning og medicinske dokumenter samt telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform (third opinion).

5.4 Online lægevagt

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

Online lægevagt er et supplement til din praktiserende læge og tilbyder hurtig adgang til mail- og videokonsultationer med en privat lægevagt uden for almindelig åbningstid. Lægevagten betjenes af erfarne speciallæger i almen medicin og kan give lægefaglige råd og vejledning og svare på spørgsmål om sygdom og sygdomssymptomer, der ikke kræver fysisk undersøgelse. Lægevagten kan også udskrive og forny de fleste recepter, vejlede om håndkøbsmedicin og henvise til regionale offentlige sygehuse.

Du kan f.eks. få hjælp til mellemørebetændelse, bihulebetændelse, øjenbetændelse, forkølelse og influenza, hovedpine og migræne, muskel- og ledsmerter, astma, allergi, sår, hududslæt og eksem, opkast og diarré, urinvejsinfektion, søvnproblemer, psykiske lidelser, prævention, graviditet og amning og syge børn med feber. Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af eksisterende sygdom, bør du straks kontakte lægevagten/1813 eller 112.

I de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for det, vil lægen henvise til egen læge, lægevagten eller offentligt sygehus. F.eks. hvis der er behov for en fysisk undersøgelse, blodprøver eller spørgsmål til et igangværende behandlingsforløb.

Lægevagten kan kun henvise til offentligt sygehus eller skadestue i de tilfælde, hvor det ud fra en lægelig vurdering skønnes nødvendigt. Lægevagten kan ikke henvise til billeddiagnostik. Der dækkes ikke transport i forbindelse med en eventuel indlæggelse. Lægevagten kan kun arrangere transport i tilfælde af akut indlæggelse via 112.

Lægevagten udskriver ikke recepter på medicin, der er vanedannende eller medicin med misbrugspotentiale, f.eks. sovemedicin, beroligende medicin og morfika. Lægevagten kan altid ud fra et fagligt skøn, vælge ikke at udskrive medicin og i stedet henvise til offentlige behandlingstilbud.

Lægevagten kan ikke udstede lægeerklæringer samt lægeattester i forbindelse med kørekort, aktiviteter og sundhedstjek, da dette kræver fysisk undersøgelse.

Lægevagten kan ikke svare på spørgsmål til sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi m.v. Der dækkes ikke konsultationer hos privat lægevagt uden for vores netværk.

Sådan anvender du lægetjenesten

Lægevagten betjenes af erfarne læger i hverdage samt weekender og helligdage. Det er hurtigt og nemt at bruge lægetjenesten ved hjælp af computer, tablet eller smartphone. Du kan bestille tid, når det passer dig eller vente på, at en læge bliver ledig. Du har også mulighed for at skrive til lægen 24 timer i døgnet.

I åbningstiden får du svar inden for én time. Lægevagten kan benyttes i Danmark og under ophold i udlandet.

Når du bruger lægevagten, er du datasikret, og vi har ikke adgang til oplysninger om, hvad du har talt med lægen om. Du kan læse mere om brug af lægetjenesten via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

5.5 Tværfaglig behandling af lidelser i bevægeapparatet

Forsikringen dækker nyopståede og eksisterende smerter og gener i bevægeapparatet, der er opstået i fritiden eller på grund af dit arbejde, herunder arm- og bensmerter, iskias samt hovedpine som følge af muskelspændinger i ryg og nakke. Ved bevægeapparatet forstås led, muskler og sener i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled.

Du kan få behandlinger hos en fysioterapeut, kiropraktor eller osteopat.

Fysioterapi og kiropraktik dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 12 behandlinger pr. kalenderår. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Ved behandling hos en fysioterapeut kan vi også henvise dig til online behandling i vores kvalitetssikrede netværk.

Osteopati dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet med maksimalt 5 behandlinger pr. kalenderår.

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

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

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer, er nødvendige for at anslå, om skaden er dækket af ordningen, og om behandlingen har den ønskede effekt. Hvis det er sundhedsfagligt nødvendigt, kan vi bede om en henvisning eller anbefaling for at afdække din problemstilling yderligere.

5.6 Misbrugsrådgivning

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

5.7 Online/digital behandling af psykiske lidelser

Forsikringen tilbyder individuel rådgivning eller behandling til psykiske lidelser opstået i fritiden eller på grund af dit arbejde ved psykologer og psykoterapeuter med særlig ekspertise inden for f.eks. stress, trivsel, angst, depression, mobning og konflikter på arbejdspladsen.

Vi kan henvise til konsultationer hos erfarne behandlere via forskellige online eller digitale behandlingsmuligheder, f.eks. videokonsultation, telefoniske forløb eller via anden digital platform i vores kvalitetssikrede netværk.

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

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

Behandlinger af forebyggende eller vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Behandling af alvorlige eller varige psykiske lidelser, som kræver langvarig eller specialiseret behandling, dækkes ikke, jf. punkt 6 "Hvad forsikringen ikke dækker".

5.8 Akut krisehjælp

Forsikringen dækker akut krisehjælp, hvis vi vurderer, at du har fået en akut psykisk krise pga. følgende:

- Hvis du bliver udsat for en pludselig alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare.
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning.
- Brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt).
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Dødsfald hos nærmeste pårørende.
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Hvis du overværer et familiemedlem eller en kollegas pludselige uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

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

Der er ikke krav om lægehenvielse. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om der skal henvises til anden behandling. Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig i vores netværk. Der vil være telefonisk kontakt med psykologen inden for 3 timer, efter anmeldelsen er godkendt. Det efterfølgende forløb vil være afhængigt af hændelsens karakter og behandlerens faglige vurdering.

Ved anmeldelse mere end 48 timer efter krisens årsag har fundet sted, vil dækningen for almindelig psykologhjælp altid være gældende.

Der dækkes ikke akut psykologbehandling i udlandet.

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

5.9 Forebyggende stress- og trivselslinje

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

Stress- og trivselslinjen håndteres af et erfarent internt rådgivningsteam, der alle har sundhedsfaglig baggrund og kan hjælpe dig med at forebygge og håndtere problemer, før de vokser sig store. Du kan få hurtig og personlig rådgivning og hjælp til at styrke din mentale sundhed – allerede ved de tidlige tegn på stress- og trivselsproblemer. Der rådgives f.eks. om:

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

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

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

6. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Akut behandling.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske og kognitive tests og lignende.
- Udgifter til lægehenvvisninger, lægeanbefalinger, lægeerklæringer og speciallægeerklæringer.
- Udgifter til behandling uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg).
- Udgifter til indlæg, såler, måtter, sportstape, bandager og lignende.
- Udgifter til tillægsydelse som f.eks. shockwave, laserbehandling, ultralyd og akupunktur.
- Udgifter til hjælpemidler.
- Scannings- og røntgenudgifter (dækkes dog ved hurtig udredning).
- Transport- og rejseudgifter.
- Behandlinger udført af dig, familiemedlemmer, kollegaer eller en virksomhed, der tilhører en af disse.
- Gebyrer ved manglende eller for sent afbud til behandlinger eller omkostninger som skyldes, at du udebliver fra behandling.
- Gener opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport (sportsudøvelse, hvor du kontraktmæssigt aflønnes af sportsklub eller sponsorer, hvor hovedindtægten kommer fra sporten).
- Udgifter til skader fremkaldt ved forsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Udgifter til skader opstået ved strafbare handlinger.
- Eksperimentel behandling. Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt.
- Behandling med botox og Xiapex, Miradry eller tilsvarende.
- Konsultationer og udredning ved praktiserende læge og speciallæge i almen medicin.
- Udredning af kroniske lidelser, herunder kroniske hudlidelser, som er opstået inden forsikringen trådte i kraft. Udredning af følgelidelse til kroniske sygdomme er dækket.
- Udredning af kosmetiske problemer, herunder kosmetiske hudlidelser, f.eks. godartede modermærker og pletter, akne, eksem samt alle former for vorter, solskader i huden, aktinisk og seborøisk keratose og hudlidelser, der kan sidestilles hermed. Hudkræft (basalcellekræft) dækkes, indtil der er stillet en diagnose.
- Udredning og behandling af hyperhidrose.
- Udredning af alle former for tandproblemer.
- Udredning og behandling af fertilitet og barnløshed. Scanninger og undersøgelser ved graviditet og fødsel.
- Udredning af søvnproblemer, søvnforstyrrelser, søvnapnø og lignende.
- Udredning i forbindelse med nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, behov for briller, kontaktlinser, synstest, høreapparater og høreprøver.
- Udredning af analfissur, analfistel og pilonidalcyster.
- Udredning og behandling af fobier, f.eks. tandlægeskræk, flyskræk og eksamensangst. Socialfobi.
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed. Parterapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.
- Udredning ved psykiater.
- Udredning ved neuropsykolog.
- Psykologhjælp til alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse, PTSD, psykoser, skizofreni, spiseforstyrrelser, OCD og lignende.
- Psykologhjælp til varige lidelser, som kræver specialiseret behandling, såsom ADHD, Tourettes syndrom, Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF) og lignende.
- Udredning for ludomani/spilafhængighed.
- Udredning af kønssygdomme, seksuel dysfunktion, HIV/AIDS samt forstadier og følgesygdomme heraf.

- Udredning af gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende.
- Udredning, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret.
- Udredning, screeninger og undersøgelser, som er forebyggende.
- Udredning af hjerte-karlidelser, som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.
- Udredning og behandling af skader/sygdomme, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, vacciner, epidemier og pandemier.

7. Generelle bestemmelser

Kommunikation

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

Kommunikationen med dig i forbindelse med dine anmeldte skadesager foregår enten telefonisk eller via korrespondance-funktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

7.1 Forsikringens varighed

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

7.2 Forsikringssum

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

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 www.ds-sundhed.dk. Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

Gebyr for serviceydelser

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

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

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

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Præmien reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt.

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset.

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

Hvis præmien er baseret på nogle forudsætninger, der ikke længere er til stede, kan vi regulere præmien ved næste hovedforfald. Såfremt der udarbejdes risikoregnskab for forsikringen, bliver præmien reguleret efter særlige regler. Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller præmien for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet fremgår af aftalen. Præmien vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

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

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

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

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

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

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

Dækning efter ophør af forsikringen

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

Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger.

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

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

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

7.6 Oplysningspligt

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

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

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

Dobbeltforsikring

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

Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med, at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet 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 indtegnning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, branche, beskæftigelse, civilstatus og eventuelle helbredsoplysninger. Disse oplysninger anvendes til at oprette og administrere forsikringen til brug ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service, og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd.

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

Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger. På vores hjemmeside www.ds-sundhed.dk kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

Vi videregiver i visse tilfælde personoplysninger om dig til de leverandører, som vi samarbejder med.

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade.

Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringsselskaber, pensionsselskaber, sundhed.dk m.v. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig. Helbredsoplysninger anvendes alene i forbindelse med behandling af anmeldt lidelse/skade og behandles altid i overensstemmelse med Sundhedslovens krav om tavshedspligt (Sundhedslovens § 40).

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

7.9 Urigtige oplysninger

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

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

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

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

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

Hvis du derefter ønsker at klage over den afgørelse, som den klageansvarlige har truffet, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring. Klagen kan sendes online på www.ankeforsikring.dk. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet.

Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder Forsikringsaftaleloven og Lov om finansiell virksomhed. Uenigheder om forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

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

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

7.12 Hvis du vil vide mere

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

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:

Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring
Hørkær 12B
2730 Herlev

E-mail: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk