

Betingelser – Privat Alvorlig sygdom

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	3	6.	Dækning	15
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3	6.1	Dækkede ydelser før rejse til behandling i udlandet	15
1.2	Medicinske definitioner	4	6.2	Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet	15
2.	Hvem er dækket af forsikringen	6	6.2.1	Force majeure	16
2.1	Hvem kan tegne forsikringen	6	6.3	Dækkede ikke-behandlingsudgifter under behandling i udlandet	16
2.2	Medforsikrede	6	6.4	Økonomisk dækning under behandling i udlandet	18
2.3	Karensbestemmelser	6	6.5	Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	18
3.	Hvad dækker forsikringen	7	6.5.1	Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	18
4.	Brug af forsikringen	10	6.5.2	Efterbehandling og opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet	19
4.1	Dækningsperiode	10	7.	Hvad forsikringen ikke dækker	21
4.2	Sygdommen må ikke være en allerede eksisterende sygdom	10	8.	Generelle bestemmelser	24
4.3	Medicinsk nødvendig behandling	10	8.1	Forsikringens varighed	24
4.4	Udgifter	10	8.2	Forsikringssum	24
4.5	Behandling arrangeres af Further	10	8.3	Betaling af forsikringen	24
4.6	Medicinske udgifter	11	8.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	24
4.7	Undersøgelse og behandling skal godkendes	11	8.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	25
4.8	Rejse og ophold i udlandet	11	8.6	Oplysningspligt	26
4.9	Udeblivelse fra behandling	11	8.7	Behandling af personoplysninger	26
4.10	Igangværende og planlagt behandling	11	8.8	Behandling af helbredsoplysninger	26
5.	Skadesproces	12	8.9	Kommunikation	27
5.1	Anmeldelse af skade	12	8.10	Urigtige oplysninger	27
5.2	Oplysningspligt	12	8.11	Forældelse	27
5.3	Den forsikredes pligt	12	8.12	Klagemuligheder	27
5.4	Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling	12	8.13	Hvis du vil vide mere	28
5.5	Behandling i udlandet: Indledende lægeattest	13	8.14	Fortrydelsesret	28
5.6	Den gældende dækningsperiode	13			
5.7	Hjemkomst fra behandling i udlandet	14			
5.8	Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet	14			
5.9	Samarbejdspartnere	14			

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra 1. juli 2023.

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

Den samlede aftale om forsikring hos Dansk Sundhedssikring 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 indgås mellem Dansk Sundhedssikring A/S og den anførte forsikringstager.

Nedenfor findes en definition af de enkelte begreber, som er anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

Herved forstås Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S – i betingelserne benævnt "Dansk Sundhedssikring".

Further

Further Underwriting International SLU ("Further") er et selskab, som tilrettelægger følgende ydelser i forbindelse med forsikringen: **Second Opinion og conciergeordning.**

Ikrafttrædelsesdato

Den dato, dækningen starter, og som fremgår af forsikringsaftalen.

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"/"din"/"dit"/"forsikrede"/"forsikredes".

Gældende dækningsperiode

Periode på 36 måneder, startende fra datoen for den første rejse til udlandet, der tilrettelægges og betales af forsikringen efter godkendelse. En særskilt dækningsperiode etableres pr. dækningsmodul (gældende dækningsperiode), når den første skadesanmeldelse for det relevante dækningsmodul er godkendt og resulterer i, at en rejse til behandling i udlandet tilrettelægges og betales af forsikringen. Den gældende dækningsperiode er den periode, hvori forsikringsdækningen udbetales for alle godkendte skader under samme dækningsmodul.

Forsikringssum

Det maksimale beløb til udbetaling, som er defineret i forsikringsaftalen, i tilfælde af en dækket sygdom eller behandling.

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 Medicinske definitioner

Genterapiprodukter: Gener, som har en behandlingsmæssig, profylaktisk eller diagnostisk virkning. De virker ved at introducere ”rekombinante” gener ind i kroppen – som regel for at behandle en række sygdomme, herunder genetiske lidelser, kræft og langvarig sygdom. Et rekombinant gen er en streng af DNA eller RNA, som er skabt i et laboratorium og anvender DNA eller RNA fra forskellige kilder.

Somatiske celleterapiprodukter: Celler eller væv, som er blevet manipuleret til at ændre biologiske karaktertræk, eller celler eller væv, der ikke skal anvendes til de samme essentielle funktioner i kroppen. De kan anvendes til at helbrede, diagnosticere eller forhindre sygdomme.

Vævsdannede produkter: Celler eller væv, som er modificeret, så det kan anvendes til at reparere, regenerere eller erstatte menneskevæv.

Alternativ behandling og medicin: Behandlingsformer, praksis og medicin, der i denne forsikring ikke betragtes som en del af konventionel lægevidenskab eller standardbehandling, herunder, men ikke begrænset til: Akupunktur, aromaterapi, kiropraktik, homøopati, naturopati, ayurveda, traditionel kinesisk lægekunst samt osteopati.

CAR-T-celleterapi (Chimeric Antigen Receptor CAR-T-celleterapi): Behandlingstype, hvor patientens T-celler (en type immunsystemceller) ændres i et laboratorium, således at de angriber kræftceller. T-celler tages fra patientens blod. Dernæst tilføres genet for en særlig receptor, som binder sig til visse proteiner på patientens kræftceller. Den særlige receptor kaldes chimeric antigen receptor (CAR). Et stort antal CAR-T-celler dyrkes i laboratoriet og indsprøjtes i patienten.

Kognitive lidelser: Lidelser, som betydeligt svækker individets kognitive funktioner i en sådan grad, at det er umuligt at fungere normalt i samfundet uden behandling – som defineret i seneste udgave af Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Eksperimentel behandling: Behandling, procedure, behandlingsforløb, udstyr, medicin eller lægemiddel til medicinsk eller kirurgisk anvendelse, som ikke er almindeligt accepteret som sikker, effektiv og passende i behandlingen af sygdomme eller skader af diverse videnskabelige organisationer, der er anerkendt af det internationale lægesamfund, eller stadig er underlagt undersøgelse, forskning eller test, eller som indgår i et stadie af kliniske forsøg.

Efterbehandling og opfølgende pleje: Enhver ydelse, som omfatter diagnostisk undersøgelse og/eller overvågning/kontrol (af speciallæge i forhold til den behandlede lidelse) efter behandling i udlandet, som skal afgøre, om den forsikrede lider (eller sandsynligvis vil komme til at lide) af forværring eller komplikationer efter den behandlede lidelse med det formål at forhindre tilbagefald eller genopståen af samme lidelse. Planen for opfølgende pleje skal uddybes af den behandelende læge i udlandet med angivelse af tidsintervaller og type af diagnostiske procedurer.

Sygdom/lidelse: Enhver lidelse eller forstyrrelse i kroppen, systemet eller organstrukturen med identificerbare og karakteristiske tegn og symptomer eller konsekvente anatomiske ændringer. Der skal desuden foreligge en diagnose fra en autoriseret læge. En sygdom/lidelse betragtes som enhver skade og påvirkning, der måtte opstå fra samme diagnose, samt enhver lidelse opstået af samme eller relateret årsag. Hvis en lidelse skyldes samme årsag, som tidligere førte til sygdom, eller en relateret årsag, anses sygdommen som en fortsættelse af den tidligere sygdom og ikke som en uafhængig sygdom.

Medicinsk nødvendigt: Sundhedsydelse eller behandling, som den forsikrede er henvist til, for behandling af en dækket sygdom eller udførelse af et dækket indgreb, som skal forbedre den forsikredes helbred og er anerkendt som egnet til at forbedre det helbredsmæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som i forhold til type, hyppighed og varighed er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til medicinsk litteratur. Sådanne sundhedsydelser eller behand-

linger skal være omkostningseffektive sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater – herunder ingen behandling – og er nødvendige af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed. At en læge anbefaler, ordinerer, anviser eller godkender en sundhedsydelse eller behandling fastslår ikke nødvendigvis alene, at ydelsen eller behandlingen er medicinsk nødvendig i henhold til denne forsikring.

Indledende lægeattest: Skriftlig godkendelse udstedt af Further og/eller forsikringsselskabet, som i denne forsikring omfatter bekræftelse af dækning af enhver behandling, service, ydelse eller ordination forud for behandling i udlandet, der udføres på det angivne hospital.

Allerede eksisterende sygdom: Enhver sygdom eller lidelse hos den forsikrede, som er anmeldt, diagnosticeret, behandlet eller har vist relaterede lægeligt dokumenterede symptomer eller tegn inden for 5 år forud for forsikringens ikrafttrædelsesdato (eller den pågældende indtrædelsesdato for den forsikrede).

Protese: Anordning, som erstatter et helt eller dele af et organ eller hele eller en del af funktionen af en kropsdel, der ikke fungerer eller kan opereres.

Rekonstruktionskirurgi: Indgreb eller kirurgi, som har til formål at rekonstruere efter funktionstab.

2. Hvem er dækket af forsikringen

Forsikrede skal have:

- 1) fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne),
- 2) have dansk sundhedskort og
- 3) have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse.

Alle ydelser under behandling i udlandet dækkes uden for Danmark. Efter endt behandling i udlandet er medicin og efterbehandlingsydelse alene dækket i Danmark, medmindre medicin og/eller efterbehandling ikke er tilgængelig i Danmark, se afsnit 6.5.1 og 6.5.2.

Undtagelser vil fremgå af forsikringsaftalen.

2.1 Hvem kan tegne forsikringen

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

Forsikringen kan tegnes af privatpersoner i alderen 18-64 år.

Man kan være forsikret frem til det fyldte 85. år.

2.2 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever/børn til en særskilt pris.

Forsikringsregler for ægtefælle/samlever

- Ægtefælle/samlever kan medforsikres fra det fyldte 18. år.
- Ægtefælle/samlever kan medforsikres i alderen 18-64 år.
- Ægtefælle/samlever kan være medforsikret frem til det fyldte 85. år. Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

Forsikringsregler for børn

- Børn, der kan indtegnes, er:
 - a) dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og
 - b) 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 i alderen 0-26 år.
- Børn kan medforsikres til det fyldte 27. år. Dækningen ophører ved årsdagen for forsikringen efter medforsikrede barns 27-års fødselsdag. Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

2.3 Karensbestemmelser

Der er ingen karenperiode for eksisterende sygdom.

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 udstedt under **“Betingelser – Handel og industri – Alvorlig sygdom”** under overholdelse af afsnittet **“Videreførelse af forsikringen”**, som indgår i afsnit 8.5 **“Opsigelse og ophør af forsikringen.”**

Dette indebærer, at allerede eksisterende sygdom vil blive taget i betragtning i forhold til ikrafttrædelsesdatoen (eller den relevante indtrædelsesdato for forsikrede), som er anført i den oprindelige gruppeforsikring.

3. Hvad dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af sygdomme med det formål at forbedre den forsikredes helbredstilstand. Vi vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er nødvendig.

Formålet med denne forsikring er at yde forsikrede dækning af ydelser og lægeudgifter i forbindelse med behandling af dækkede sygdomme og dækkede medicinske procedurer som beskrevet i dette afsnit 3.

Ydelser:

Second opinion: En second opinion (anden faglig vurdering) foretages i henhold til de gældende dækningsbetingelser. Dette sker ved tilvejebringelse af en second opinion-rapport, som er udarbejdet på baggrund af en speciallæges indhenting og detaljerede gennemgang af patientens journal og sygehistorik.

Ved skadesanmeldelse er den forsikrede berettiget til at anmode Further om en second opinion til bekræftelse af diagnosen af den dækkede sygdom eller behandling samt en vurdering af den optimale behandlingsplan.

Der kan kun anmodes om én second opinion pr. skade.

Medicinsk conciergeordning: Godkendes skaden, tilrettelægger en medicinsk conciergeordning alle detaljer i relation til den forsikredes medicinske behandling. Dette omfatter et samlet overblik over sagen samt hjælp til at tilrettelægge rejse og ophold for den forsikrede samt dennes eventuelle ledsager.

Dækkede sygdomme:

Dækningsmodul 1: Kræftbehandling

Forsikringen dækker behandling af nedenstående kræfttyper:

1. Enhver ondartet svulst, herunder også leukæmi, sarkom og lymfom, kendetegnet ved ukontrollabel vækst og spredning af ondartede celler og vævsinvasion.
2. Enhver form for in situ-kræft (forstadie), som er begrænset til det epitel, hvor den er opstået, og som ikke invaderer stroma eller det omgivende væv.
3. Enhver præcancerøs celleforandring, som er cytologisk eller histologisk klassificeret som moderat eller svær dysplasi (moderat eller svær forandring).

OBS: Behandling af følgende kræftformer er IKKE dækket:

- Svulster, der forefindes samtidig med AIDS.
- Ikke-melanom hudkræft, der ikke er histologisk klassificeret som værende årsag til invasion ud over epidermis (ydre hudlag).
- Behandling, som omfatter CAR-T-celleterapi.

Dækkede behandlinger:

Følgende behandlinger er dækket af forsikringen, såfremt den underliggende sygdom, som ligger til grund for behandlingen, ikke er relateret til kræftbehandling:

Dækningsmodul 2: Hjerte-kar-behandling

Bypass-kirurgi på kranspulsåren (myocardial revaskularisering)

Kirurgisk indgreb på anbefaling af konsulterende kardiolog for at fjerne indsnævring eller blokering af en eller flere kranspulsårer ved bypass-transplantat.

OBS: Behandling af følgende er IKKE dækket:

- Kranspulsåresygdom, der behandles med andet end bypass af kranspulsåren, eksempelvis med angioplastik eller stent.

Implantation eller udbedring af hjerteklap

Invasiv implantation eller udbedring af en eller flere hjerteklapper, uanset om dette sker ved åben hjertekirurgi, minimalt invasivt eller ved kardiologisk kateterbehandling på anbefaling af konsulterende kardiolog.

Dækningsmodul 3: Neurokirurgi

Intrakraniell og specifik rygmarvskirurgi

- Kirurgisk intervention i hjernen eller anden intrakraniell struktur.
- Behandling af godartet svulst i rygmarven (medulla spinalis).

Dækningsmodul 4: Transplantation

Organtransplantation fra levende donor

Kirurgisk transplantation, hvor den forsikrede modtager en nyre, et leversegment, en lunge eller del af bugspytkirtel fra en levende kompatibel donor.

OBS: Følgende behandlinger er IKKE dækket:

- Transplantation, hvor behovet er opstået som følge af alkoholisk leversygdom.
- Transplantation, der udføres som selvtransplantation.
- Transplantation, hvor den forsikrede er donor for en tredjepart (ikke dækket af forsikringen).
- Transplantation fra afdød donor.
- Organtransplantation, der omfatter stamcellebehandling.
- Transplantation, der er gjort mulig ved køb af donororganer.

Knoglemarvstransplantation

Knoglemarvstransplantation (BMT) eller transplantation af perifere blodstamceller (PBSCT) fra knoglemarvsceller til den forsikrede, som stammer fra:

- Den forsikrede (autolog knoglemarvstransplantation) eller
- Fra en levende kompatibel donor (allogen knoglemarvstransplantation).

Bemærk, at hæmatopoietisk stamcelletransplantation (HCT) ved brug af navlestrengsblod er undtaget.

4. Brug af forsikringen

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

Forsikringen dækker den forsikrede, når følgende betingelser er opfyldt:

4.1 Dækningsperiode

De medicinske ydelser, procedurer og behandlinger, som er omfattet af forsikringsaftalen, skal udføres i den gældende dækningsperiode. Den gældende dækningsperiode varer op til 36 måneder og begynder på datoen for den første rejse for at modtage behandling i udlandet.

4.2 Sygdommen må ikke være en allerede eksisterende sygdom

Sygdommen skal være opstået i forsikringstiden. Sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret i op til 5 år, før forsikringen trådte i kraft, dækkes ikke. Dette gælder også relaterede symptomer eller tegn på sygdom, der er medicinsk dokumenteret i samme periode på 5 år.

4.3 Medicinsk nødvendig behandling

Behandlingen skal efter vores vurdering være medicinsk nødvendig og forventes at helbrede lidelsen eller varigt forbedre tilstanden. Behandlinger af forebyggende karakter dækkes ikke. En medicinsk behandling eller ydelse betragtes som nødvendig, når:

- den forsikrede er henvist til behandling af en dækket sygdom eller udførelse af et dækket indgreb, som skal forbedre den forsikredes helbredstilstand, og
- den er anerkendt som egnet til at forbedre det helbredsmæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som i forhold til type, hyppighed og varighed er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til medicinsk litteratur (fx Pubmed) eller videnskabeligt baserede retningslinjer i USA, Storbritannien eller Europa (særligt anvendes NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology i forbindelse med kræftbehandling: Dækningsmodul 1), og
- den er omkostningseffektiv sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater – herunder ingen behandling – og
- den er nødvendig af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed.

At en læge anbefaler, ordinerer, anviser eller godkender en sundhedsydelse, behandling eller hjælpemiddel/udstyr afgør ikke nødvendigvis alene, at den relevante ydelse er medicinsk nødvendig i henhold til forsikringsbetingelserne. Behandlingen og behandlingsmetoden er kun dækket af forsikringen, hvis den er godkendt af os.

4.4 Udgifter

Alle udgifter skal ligge inden for den forsikringssum og de begrænsninger, der fremgår af de individuelle betingelser. Alle udgifter skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige i forhold til det forventede resultat. Vi henviser dig til en klinik eller et privathospital for behandling i udlandet, og betalingen sker direkte mellem behandlingsstedet i udlandet og os.

4.5 Behandling arrangeres af Further

Behandlingen arrangeres af Further i overensstemmelse med skadesprocessen, som er beskrevet i afsnit 5.

4.6 Medicinske udgifter

Behandlingsomkostninger, som opstår uden for bopælslandet, (og i Danmark for de medarbejdere, som er bosat uden for Danmark) med undtagelse af:

- Udgifter til medicin, der dækkes under pkt. 6.5.1.
- Udgifter til opfølgende pleje, der dækkes under pkt. 6.5.2.

Udgifter til diagnosticering, behandling, ydelser, hjælpemidler/udstyr eller ordinationer er dækket af forsikringen som anført i afsnit 6.

4.7 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 (indledende lægeattest), da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

4.8 Rejse og ophold i udlandet

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/tilskadekomst, som opstår under rejsen eller opholdet i udlandet, og som ikke er relateret til den dækkede sygdom eller dækkede lægelige behandling. Se pkt. 6.2 (5) vedr. komplikationer og bivirkninger.

4.9 Udeblivelse fra behandling

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

4.10 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Der henvises til afsnit 7 for præcisering af dækning for allerede eksisterende sygdomme.

5. Skadesproces

Inden behandling, ydelse eller ordination kan modtages i relation til den dækkede sygdom eller behandling, jf. afsnit 3, skal den forsikrede eller den person, der handler lovligt på dennes vegne, overholde følgende:

5.1 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden.

Skader kan anmeldes telefonisk til Dansk Sundhedssikring på tlf. +45 70206121.

Hvis du har spørgsmål til din forsikringspolice, kan du kontakte sundhedsteamet alle hverdage på tlf. +45 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

Hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte Further på claims@wegoFurther.com.

5.2 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at kunne behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til, at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred. Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens ikrafttrædelse.

Den forsikrede vil blive orienteret om, hvad Further kræver af relevante diagnostiske undersøgelser og dokumenter for at kunne vurdere, om skaden kan dækkes via forsikringen.

I tilfælde af at den forsikrede anmoder om en second opinion (se pkt. 6.1), skal denne second opinion ske, inden yderligere vurdering af skaden kan foretages.

5.3 Den forsikredes pligt

Den forsikrede er forpligtet til at samarbejde med Further og stille alle de lægelige dokumenter til rådighed, som måtte være tilgængelige hos forsikrede, læger, hospitaler eller andre behandlingssteder, der har været ansvarlige for behandlingen frem til den dato, hvor skadesanmeldelsen foretages.

Skadesanmeldelser vil først blive vurderet med henblik på dækningsberettigelse i henhold til forsikringen, når alle nødvendige oplysninger er modtaget fra den forsikrede og de respektive læger, hospitaler eller andre behandlingssteder.

5.4 Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling

Når Further har modtaget alle relevante diagnostiske undersøgelser og al sygdomshistorik som ønsket, vil den forsikrede blive informeret om, hvorvidt skaden er dækningsberettiget i henhold til forsikringsbetingelserne.

Såfremt den forsikrede ønsker at overveje behandling i udlandet, vil den forsikrede få udleveret en liste over de hospitaler, der anbefales.

Further vil i den forbindelse vurdere muligheden i den gældende dækningsperiode, hvilket giver følgende scenarier:

- Scenarie 1: Fuld dækning
 - Der er ikke tidligere anmeldt skade under pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således fuld dækning i 36 måneder i den gældende dækningsperiode.
- Scenarie 2: Delvis dækning
 - Der er tidligere anmeldt skade(r) under pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således dækning i de resterende måneder i den gældende dækningsperiode.
- Scenarie 3: Den gældende dækningsperiode er udløbet
 - Der er tidligere anmeldt skade(r) under pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen, som er løbet frem til udløb af den gældende dækningsperiode. Further bekræfter således, at skaden ikke er dækningsberettiget under forsikringen.

I scenarie 1 og 2 vil den forsikrede få udleveret en liste over de hospitaler, der anbefales.

5.5 Behandling i udlandet: Indledende lægeattest

Ved modtagelse af den forsikredes bekræftelse på beslutningen om at modtage behandling i udlandet på et af de på listen anbefalede behandlingshospitaler, og forudsat at behandlingen er planlagt til at begynde før udløb af den gældende dækningsperiode, vil Further gennem conciergeordningen sørge for de nødvendige praktiske og lægelige aftaler med henblik på korrekt indlæggelse af den forsikrede, og der vil blive udstedt en indledende lægeattest, som alene vil gælde for det pågældende hospital.

Conciergeordningen er en ordning, hvor Further – på en godkendt skade – arrangerer alle detaljer vedrørende den medicinske behandling af den forsikrede. Dette omfatter såvel sagsoverblik som tilrettelæggelse af rejse og ophold for den forsikrede og godkendt ledsager.

Listen over anbefalede hospitaler og den indledende lægeattest udstedes med udgangspunkt i den forsikredes lidelse på udstedelsestidspunktet. Eftersom den forsikredes helbred kan ændre sig over tid, vil begge dokumenter have en gyldighed på 3 måneder.

Såfremt den forsikrede ikke vælger et hospital fra listen over anbefalede hospitaler eller ikke påbegynder behandling på det godkendte hospital anført i den indledende lægeattest senest 3 måneder efter udstedelsesdatoen, kan nye versioner af disse dokumenter blive udstedt med udgangspunkt i den forsikredes helbredstilstand på pågældende tidspunkt.

Så længe vilkårene i den indledende lægeattest opfyldes, vil forsikringsselskabet i henhold til forsikringsdækningen heri påtage sig de behandlingsudgifter, der er dækket i henhold til udgifter til rejse og ophold – med forbehold for de begrænsninger, undtagelser og betingelser, der fremgår af forsikringen.

5.6 Den gældende dækningsperiode

Den gældende dækningsperiode varer i op til 36 måneder og begynder på datoen for den første rejse for at modtage behandling i udlandet.

Forsikringen dækker ydelser og udgifter (op til de grænser, der er anført i betingelserne), som opstår i forbindelse med en gyldig skade i henhold til forsikringen i dækningsperioden.

Såfremt den forsikrede er hospitalsindlagt eller modtager behandling på et hospital i henhold til vilkårene i den indledende lægeattest ved udgangen af den gældende dækningsperiode, vil forsikringen fortsat yde dækning for de behandlingsudgifter, der fremgår af pkt. 6.1, indtil den næste planlagte hjemkomst til bopælslandet, som vil fremgå af den fastlagte behandlingsplan.

5.7 Hjemkomst fra behandling i udlandet

Såfremt den endelige hjemkomst til bopælslandet sker, før den gældende dækningsperiode udløber, vil Further forelægge den forsikrede de retningslinjer for dækning af behandlingsudgifter efter hjemkomsten fra behandling i udlandet, som fremgår af pkt. 6.5. Retningslinjerne vil være baseret på anbefalingerne fra de(n) udenlandske læge(r).

Den forsikrede vil herefter være berettiget til:

- dækning af medicinudgifter, som fremgår af pkt. 6.5.1, og
- dækning af udgifter til opfølgende pleje, som fremgår af pkt. 6.5.2 frem til udgangen af den gældende dækningsperiode.

5.8 Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet

Efter afsluttet behandlingsplan og efter endelig hjemkomst til bopælslandet kan den forsikredes helbredstilstand være afgørende for, om der skal foretages en vurdering af yderligere behandlingsbehov. Dette er under forudsætning af, at forsikringen stadig er aktiv inden for den gældende dækningsperiode. Den forsikrede er berettiget til at kontakte Further med henblik på en sådan vurdering.

Further vil derefter oplyse den forsikrede om, hvorvidt der er behov for, at den forsikrede fremskaffer og videregiver oplysninger om relevante diagnostiske undersøgelser, journaler og lignede for at en sådan vurdering kan foretages.

Såfremt Further vurderer, at der er et helbredsmæssigt behov for yderligere behandling, vil dette blive bekræftet over for den forsikrede ved udstedelsen af en ny indledende lægeattest, inkl. en liste over anbefalede hospitaler og mulig behandling i udlandet, jf. pkt. 5.4 og 5.5.

Hvis Further finder det lægeligt berettiget, kan det kræves, at der indhentes en ny second opinion.

Forsikringen vil fortsat yde dækning for alle ydelser og udgifter til behandling, (som fremgår af pkt. 6.2), frem til udgangen af den gældende dækningsperiode i henhold til vilkårene i den seneste indledende lægeattest.

5.9 Samarbejdspartnere

Den forsikrede og dennes familie skal give tilladelse til besøg af læger, der arbejder for Further og/eller forsikringselskabet, og enhver forespørgsel fra lægens side i forbindelse med dennes besøg og behandling af den forsikrede, som forsikringselskabet anser for nødvendig, vil være undtaget fra tavshedspligt.

Manglende tilladelse til disse besøg vil af forsikringselskabet blive anset for at være et udtryk for frasigelse af retten til dækning af den aktuelle skade i henhold til forsikringen.

6. Dækning

Forsikringen yder økonomisk dækning og dækker ydelser og udgifter (op til de grænser, der er anført i betingelserne), som opstår i forbindelse med en godkendt skade i henhold til forsikringen. Ydelserne skal være tilrettelagt, og udgifterne påført i den gældende dækningsperiode.

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af dækningerne via forsikringen:

6.1 Dækkede ydelser før rejse til behandling i udlandet

Ved skadesanmeldelse er den forsikrede berettiget til at anmode Further om en second opinion til bekræftelse af diagnosen af den dækkede sygdom eller behandling samt en vurdering af den optimale behandlingsplan.

Dette omfatter tilvejebringelse af en second opinion-rapport, som er udarbejdet på baggrund af indhentning og en detaljeret gennemgang af den forsikredes lægejournaler og sygehistorik. Dette udføres af en speciallæge.

Der kan kun anmodes om én second opinion-ydelse pr. skade.

Hvis den forsikrede anmoder om en second opinion, skal denne ydelse udføres, før endelig bekræftelse af dækning af skaden kan foretages.

6.2 Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet

Den indledende lægeattest er en skriftlig godkendelse udstedt af Further, som indeholder en bekræftelse af dækningen, jf. forsikringsaftalen, forud for at behandling i udlandet kan udføres på det anviste hospital. Den indledende lægeattest vil indeholde oplysninger om, hvilken behandling, ydelser eller ordinationer der er dækning for i forbindelse med skaden.

Forsikringen betaler følgende behandlingsudgifter ved behandling i udlandet (op til de beløbsgrænser, der fremgår af betingelserne), der opstår i forbindelse med den medicinsk nødvendige behandling af dækkede sygdomme og behandlinger i overensstemmelse med de vilkår, der fremgår af den indledende lægeattest:

1. Hospitalsudgifter i forbindelse med:

- Ophold, måltider og generel pleje ydet under den forsikredes ophold på stue eller afdeling på hospitalet eller på intensivafdeling eller overvågningsenhed.
- Andre hospitalsydelser, herunder dem der ydes af hospitalets ambulante afdelinger, (herunder tolkeydelser), samt udgifter der relaterer sig til omkostningen ved en ekstra sengeplads, såfremt hospitalet tilbyder denne service.
- Brug af operationsstue og dertilhørende ydelser.

2. Klinik eller uafhængigt sundhedscenter – dog kun hvis behandling, kirurgi eller ordination ville være dækket af forsikringen, såfremt ydelsen var leveret af et hospital.

3. Læge i forbindelse med undersøgelse, behandling eller kirurgi.

4. Lægebesøg under indlæggelse.

5. Følgende ydelser, behandlinger og ordinationer:

- Bedøvelse og håndtering af bedøvelse, såfremt dette udføres af en certificeret anæstesilæge.
- Laboratorieanalyse, patologi og røntgenbilleder til behandlingsformål, radioterapi, radioaktive isotoper, kemoterapi, ECG, EKG, myelogram, EEG, angiogram, CT-scanning og lignende tests og behandlinger, der er nødvendige i behandlingen af den dækkede sygdom eller behandling, såfremt disse udføres af en læge eller under lægeligt opsyn.

- Blodtransfusion, modtagelse af plasma eller serum.
- Udgifter forbundet med anvendelsen af ilt, intravenøs opløsning og indsprøjtninger.
- Strålebehandling: Højenergistråler, der får svulster til at skrumpes og slår kræftceller ihjel ved brug af røntgenstråler, gammastråler og ladede partikler, er former for stråler, der bruges i kræftbehandling – enten anvendt ved hjælp af et apparat uden for kroppen (ekstern strålebehandling), eller ved at radioaktivt materiale placeres i kroppen nær kræftcellerne (intern strålebehandling, brachyterapi).
- Rekonstruktionskirurgi til reparation eller genopbygning af en struktur, der er blevet skadet eller fjernet ved de behandlinger, som forsikringen har tilrettelagt og betalt for.
- Behandling af komplikationer og bivirkninger, der har direkte sammenhæng med den behandling, som forsikringen har tilrettelagt og betalt for, og som:
 1. kræver øjeblikkelig behandling på hospital eller klinik og
 2. kræver behandling, før den forsikrede er erklæret helbredsmæssigt i stand til at rejse tilbage til bopælslandet efter behandlingen i udlandet.

6. For medicin, der er ordineret, mens den forsikrede er indlagt til behandling af en dækket sygdom eller behandling. Medicin, der er ordineret til postoperativ behandling, er dækket i 30 dage fra den dato, hvor den forsikrede afslutter behandlingen i udlandet, og kun såfremt den købes inden returnering til bopælslandet.

7. For ambulancetransport til lands eller i luften, såfremt anvendelsen er anført og ordineret af en læge og forhåndsgodkendt af Further.

8. For ydelser over for en levende donor i løbet af den proces, hvor der fjernes et organ, som skal transplanteres i den forsikrede, i forbindelse med:

- Omkostninger ved analyse og test udført for at finde en passende donor inden for den forsikredes familie.
- Hospitalsydelser over for donoren, herunder ophold på hospitalsstue eller -afdeling, måltider, generel pleje, almindelige ydelser leveret af hospitalet personale, laboratorietests og brug af udstyr og andre hospitalsfaciliteter, (ekskl. artikler til personligt brug, som ikke er påkrævede i processen med at fjerne det organ eller væv, der skal transplanteres).
- Kirurgi og behandling ved fjernelse af donors organ eller væv til transplantation i den forsikrede.

9. For ydelser og materialer i forbindelse med knoglemarvskulturer ved vævstransplantat til den forsikrede. Der ydes kun dækning for udgifter, der er påløbet fra og med datoen for udstedelse af den indledende lægeattest.

6.2.1 Force majeure

Såfremt force majeure eller logistiske eller driftsmæssige begrænsninger indført af lokale eller internationale myndigheder skulle hindre Further i at tilrettelægge en behandling i udlandet, vil Further arrangere, at der leveres de ydelser, som fremgår af pkt. 6.2 (Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet) i bopælslandet, forudsat at de samme logistiske eller driftsmæssige begrænsninger ikke forhindrer tilrettelæggelsen af et tilsvarende og lægeligt forsvarligt alternativ i bopælslandet.

Ydelser, der fremgår af pkt. 6.2, er kun tilgængelige i bopælslandet, indtil Further er i stand til at bekræfte reetableringen af tilrettelagt behandling i udlandet. Ydelserne, som er arrangeret og etableret af Further, og som ydes i bopælslandet, dækkes ud over en eventuel dækning af det offentlige sundhedsvæsen i bopælslandet eller anden forsikring i Dansk Sundhedssikring.

6.3 Dækkede ikke-behandlingsudgifter under behandling i udlandet

Forsikringen dækker følgende ikke-behandlingsudgifter (op til den grænse, der fremgår af betingelserne), der opstår i forbindelse med rejse og ophold tilrettelagt af Further, for at give den forsikrede adgang til behandling i overensstemmelse med de vilkår, der fremgår af den indledende lægeattest.

Tilrettelagt rejse og ophold dækkes for den forsikrede samt rejsefælle (evt. to rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig), hvor hver rejse omfatter rejsen fra bopælslandet til behandlingsdestinationen og tilbage samt nødvendigt ophold under hver enkelt rejse.

Rejsedatoer og -varighed fastsættes af Further på grundlag af den behandlingsplan, der anvises af de(n) behandelende læge(r).

Rejse og ophold for hver dækket rejse er dækket i overensstemmelse med de vilkår, der er anført i det følgende:

Rejseudgifter ved behandling i udlandet

For rejse uden for bopælslandet for den forsikrede samt rejsefælle (evt. to rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig) og eventuelt den levende donor ved transplantation med det ene formål at modtage behandling i udlandet som godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Al tilrettelæggelse af rejse skal være foretaget af Further, og forsikringsselskabet betaler ikke for rejse tilrettelagt af den forsikrede eller af en tredjepart på forsikredes vegne.

Further er ansvarlig for at fastsætte rejsedatoerne for hver dækket rejse på grundlag af den godkendte behandlingsplan. Den forsikrede vil få meddelelse om disse datoer i god tid, for at den forsikrede kan foretage den nødvendige personlige tilrettelæggelse.

Såfremt den forsikrede ændrer rejsedatoerne fra dem, som Further/forsikringsselskabet har meddelt, skal den forsikrede kompensere forsikringsselskabet og/eller Further for de udgifter, der er forbundet med at arrangere og meddele nye rejsetiltag, medmindre ændringerne er bekræftet af Further som værende nødvendige ud fra et helbredsmæssigt synspunkt.

Dækkede rejseudgifter omfatter:

- Transport fra den forsikredes faste bopæl til den anviste lufthavn eller internationale togstation.
- Tog- eller flybillet på økonomiklasse til behandlingsbyen samt transport til det anviste hotel.
- Transport fra det anviste hotel eller hospital til den anviste lufthavn eller internationale togstation.
- Tog- eller flybillet på økonomiklasse samt efterfølgende transport til den forsikredes faste bopæl.

De dækkede rejseudgifter omfatter ikke generel transport mellem hotel og hospital eller behandlende læge under behandlingen i udlandet.

Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet

For ophold uden for bopælslandet for den forsikredes, rejseledsagerens (eller to ledsagere, når den forsikrede er mindreårig) og den levende transplantationsdonors vedkommende med det ene formål at modtage behandling i udlandet, der er godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Alt ophold i forbindelse med hver rejse, der er dækket af forsikringen, skal aftales med Further, og Further/forsikringsselskabet vil ikke betale for noget ophold, der er aftalt af den forsikrede eller nogen tredjepart på vegne af den forsikrede.

Further er ansvarlig for at fastsætte opholdsdatoerne for hver dækket rejse på grundlag af den godkendte behandlingsplan. Den forsikrede vil få meddelelse om disse datoer i god tid, for at den forsikrede kan foretage den nødvendige personlige tilrettelæggelse.

Further vil meddele en hjemkomstdato for hver dækket rejse efter aftale med den behandlende læge om, at den forsikrede er i stand til at rejse.

Såfremt den forsikrede ændrer rejsedatoerne fra dem, som Further har reserveret og meddelt, skal den forsikrede kompensere forsikringsselskabet og/eller Further for de udgifter, der er forbundet med at arrangere og meddele nye

ophold, medmindre ændringerne er bekræftet af Further som værende nødvendige ud fra et helbredsmæssigt synspunkt.

Aftaler om ophold omfatter:

- Reservation af værelse med dobbeltseng eller to enkeltssenge på et tre- eller firestjernet hotel med morgenmad inkluderet.
- (Valg af hotel vil være afhængigt af ledige værelser og afstand til hospitalet eller den behandlende læge inden for en radius af 10 km).

Måltider (med undtagelse af morgenmad) og andre omkostninger på hotellet er ikke dækket. Eventuel opgradering på hotellet kan ikke finansieres af den forsikrede.

Udgifter til hjemtransport

Såfremt den forsikrede (og/eller en levende transplantationsdonor) afgår ved døden uden for bopælslandet, mens der modtages behandling i udlandet, betaler forsikringsselskabet for hjemtransport af afdødes jordiske rester til bopælslandet.

Dækning begrænses alene til de ydelser og leveringer, der er nødvendige for at kunne forberede afdødes jordiske rester til hjemtransport til bopælslandet, herunder:

- Ydelser leveret af det begravelsesfirma, der leverer hjemtransport fra udlandet, herunder balsamering og alle administrative formaliteter.
- Kiste, der opfylder minimumskravene.
- Transport af afdødes jordiske rester fra lufthavnen til det valgte begravelsessted i bopælslandet.

6.4 Økonomisk dækning under behandling i udlandet

For hver overnatning på et hospital eller en klinik i forbindelse med behandling i udlandet af en dækket sygdom eller behandling vil forsikringen holde den forsikrede skadesløs for daglig indlæggelse for op til det maksimumbeløb, der er anført i de individuelle betingelser.

Indlæggelsen skal være godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest.

6.5 Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

6.5.1 Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

Efter hjemkomst til bopælslandet fra behandling i udlandet dækker forsikringen udgifter til medicin, der er ordineret og købt i bopælslandet med forbehold for følgende betingelser og begrænsninger:

1. Medicinen er bevilget og godkendt af tilsvarende lægemyndighed eller -styrelse i bopælslandet, og ordineret og administration heraf er reguleret, og
2. Medicinen kan tilvejebringes i bopælslandet i den periode og på en sådan måde, som er nødvendig for fortsættelsen af behandlingen, og
3. Medicinen er receptpligtig i bopælslandet, og
4. Medicinen anbefales af Further efter de anbefalinger, der er givet af de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede, hvis den er nødvendig for den fortsatte behandling, og
5. Medicinen ordineres efter et hospitalsophold uden for bopælslandet på mindst 3 på hinanden følgende døgn godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest, og
6. Hver recept må ikke overskride en dosis, der svarer til 2 måneders forbrug, og
7. Alle recepter skal være udstedt før udgangen af den gældende dækningsperiode.

Når køb af medicin efter dette pkt. 6.5.1 foretages i bopælslandet, skal det betales direkte af den forsikrede. Forsikringsselskabet vil refundere den forsikrede mod fremvisning af recept og original faktura samt betalingsdokumentation, forudsat at pågældende fakturaer indsendes senest 180 dage, efter udgiften blev afholdt.

Når omkostningerne til medicin er dækket helt eller delvist af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring, vil forsikringsselskabet kun dække den del af omkostningerne, der ikke allerede er dækket og derfor skal betales direkte af den forsikrede. På refusionsanmodningen skal det tydeligt fremgå, hvilke udgifter der betales direkte af den forsikrede, og hvilke der er dækket via den offentlige sygesikring.

Såfremt den anbefalede medicin (eller alternativt tilsvarende medicin med lignende virkning) godkendt af Further:

- ikke er bevilget eller godkendt i bopælslandet som nævnt i pkt. 6.5.1 (1) ovenfor eller
- ikke kan tilvejebringes eller er tilgængelig for den forsikrede i bopælslandet som nævnt i pkt. 6.5.1 (2), og
- alle øvrige betingelser i pkt. 6.5.1 (3) til og med pkt. 6.5.1 (7) stadig er opfyldt, vil forsikringen også dække udgifter til medicin uden for bopælslandet.

I sådanne tilfælde vil Further sørge for de nødvendige aftaler om rejse og ophold på de vilkår, der fremgår af pkt. 6.3, for den forsikrede og de(n) udpegede rejsefælle(r).

6.5.2 Efterbehandling og opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet

Efterbehandling og opfølgende pleje defineres i denne forsikring som værende enhver ydelse, som omfatter speciallægeordineret diagnostisk undersøgelse og/eller overvågning/kontrol efter behandling i udlandet, som skal afgøre, om den forsikrede lider (eller sandsynligvis vil komme til at lide) af forværring eller følger/komplikationer af den behandlede lidelse med det formål at forhindre tilbagefald eller genopståen af samme lidelse.

Efter hjemkomst til bopælslandet efter afsluttet behandling i udlandet dækker forsikringen de udgifter, der opstår i forbindelse med opfølgende pleje i bopælslandet med forbehold af følgende betingelser og begrænsninger:

1. Den opfølgende pleje er udført på et af de af Further udvalgte hospitaler, og
2. Den opfølgende pleje kan tilvejebringes i bopælslandet i den periode og på en sådan måde, som er nødvendig for den løbende kontrol, og
3. Den opfølgende pleje udføres på anbefaling fra de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede og finder den nødvendig for den løbende kontrol og overvågning, og
4. Fakturaer vedrørende den opfølgende pleje udstedes før udgangen af den gældende dækningsperiode.

Når den opfølgende pleje jf. pkt. 6.5.2 udføres i bopælslandet, skal den aftales og betales direkte af den forsikrede. Forsikringsselskabet vil refundere den forsikrede mod fremvisning af original faktura og betalingsdokumentation, forudsat at pågældende fakturaer indsendes senest 180 dage, efter udgiften blev afholdt.

Såfremt de læger, der er ansvarlige for den opfølgende pleje i bopælslandet, tilkendegiver, efter at have fulgt udviklingen i den forsikredes helbred, at der er behov for at arbejde ud fra andre retningslinjer for opfølgende pleje end dem, der oprindeligt blev fastsat af den udenlandske læge, vil Further meddele disse til den udenlandske læge, som evt. skal godkende og bekræfte refusion af sådanne udgifter efter de nye godkendte retningslinjer.

Når omkostningerne til opfølgende pleje er dækket helt eller delvist af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring, vil forsikringsselskabet kun dække den del af omkostningerne, der ikke er dækket og derfor skal betales direkte af den forsikrede. Anmodning om refusion skal klart adskille de omkostninger, der betales direkte af den forsikrede, fra dem, der dækkes af det offentlige.

På den forsikredes foranledning, og forudsat at pkt. 6.5.2 (3) samt 6.5.2 (4) stadig overholdes, kan Further også godkende og aftale opfølgende pleje uden for bopælslandet. I så fald:

- Vil den opfølgende pleje blive udført af de(n) udenlandske læge(r), som behandlede den forsikrede – eller af pågældendes lægehold.
- Vil forsikringsselskabet påtage sig behandlingsudgifterne for disse konsultationer og diagnostiske undersøgelser.
- Vil Further sørge for de nødvendige aftaler om rejse og ophold på de vilkår, der fremgår af pkt. 6.3, for den forsikrede og de(n) udpegede rejsefælle(r).

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Udgifter afholdt ved enhver sygdom og behandling, der ikke fremgår specifikt af afsnit 3.
- Udgifter til sygdomme eller personskade forårsaget som følge af krig, terrorhandlinger, seismiske bevægelser, uroligheder, oprør, oversvømmelse, vulkanudbrud såvel som direkte eller indirekte følger af kernereaktion eller eventuelle andre ekstraordinære eller katastrofale fænomener samt offentligt erklærede epidemier.
- Alkoholmisbrug, narkotikamisbrug og/eller anvendelse af rusmidler forårsaget af misbrug af alkohol og/eller brug af psykofarmaka, narkotika eller hallucinogener.
- Følger og sygdomme, der opstår ved forsøg på selvmord og selvskade.
- Udgifter afholdt ved alle sygdomme eller lidelser, der er forårsaget med vilje eller svigagtigt, eller der stammer fra forsikredes uagtsomme handlinger eller strafferetlige uforsigtighed, eller er opstået under en kriminel handling.
- En skade, hvor den forsikrede forud for, under eller efter Furtherers skadesopgørelse:
 - ikke har fulgt den behandlende læges råd, ordinationer eller fastlagte behandlingsplan eller
 - nægter at modtage nogen form for medicinsk behandling eller undergå yderligere diagnostisk analyse eller undersøgelser, som måtte være nødvendige for at stille en endelig diagnose eller fastlægge en behandlingsplan.
- Behandling af eksisterende sygdomme defineret som enhver sygdom eller lidelse hos den forsikrede, som er anmeldt, undersøgt, diagnosticeret, behandlet eller har vist relaterede lægeligt dokumenterede symptomer eller tegn inden for 5 år forud for forsikringens ikrafttrædelsesdato for hver forsikrede, som er indtegnet på policen.
- Medicinsk behandling, der omfatter genterapi, somatisk celleterapi, vævsdannet produktterapi og CAR-T-celleterapi.
- Eksperimentel behandling såvel som diagnostiske, terapeutiske og/eller kirurgiske procedurer, hvis sikkerhed og pålidelighed ikke har vundet bred anerkendelse i den internationale forskningsverden som sikker, effektiv og egnet til den pågældende sygdom eller lidelse, eller som indgår i et stadie af kliniske forsøg.
- Behandlingsformer, der er påkrævet som følge af AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) eller eventuelle følgevirkninger herfra (herunder Kaposi sarkom) eller anden behandling af AIDS eller HIV.
- Enhver sundhedsydelse eller -udstyr, der ikke er medicinsk nødvendigt for behandlingen af den dækkede sygdom eller behandling.
- Enhver alternativ behandling, ydelse, levering eller ordination vedrørende en sygdom eller lidelse, hvor den bedste behandling er en transplantation dækket af forsikringen (dækningsmodul 4).
- Enhver sygdom eller lidelse forårsaget af den behandling, der er aftalt og betalt for under denne forsikring – med undtagelse af de tilfælde, hvor pågældende sygdom eller lidelse er en dækket sygdom eller kræver en behandling, der er dækket i henhold til afsnit 3.

- Behandling af langvarige bivirkninger, lindring af kroniske symptomer eller genoptræning, (herunder – men ikke begrænset til – fysioterapi, mobilitetstræning samt sprog- og taleterapi).
- I forhold til medicinudgifter (pkt. 6.5.1) gælder følgende undtagelser:
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring.
 - Omkostninger vedrørende administration af medicin.
 - Udgifter til køb af medicin uden for bopælslandet, medmindre de udtrykkeligt er godkendt af Further/ forsikringsselskabet.
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringsselskabet med henblik på refusion senere end 180 dage, efter udgiften blev afholdt.
- I forhold til udgifter til opfølgende pleje (pkt. 6.5.2) gælder følgende undtagelser:
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring.
 - Udgifter, der afholdes i strid med de af Further fastsatte retningslinjer.
 - Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt af Further.
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringsselskabet med henblik på refusion senere end 180 dage, efter udgiften blev afholdt.
- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse, levering eller ordination af en hvilken som helst art i bopælslandet med undtagelse af
 - udgifter til medicin, der dækkes i bopælslandet (pkt. 6.5.1)
 - udgifter til opfølgende pleje, der dækkes i bopælslandet (pkt. 6.5.2).
- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse, levering eller ordination af en hvilken som helst art i hele verden, når den forsikrede på tidspunktet for den pågældende skadesanmeldelse ikke kan betragtes som værende permanent/retmæssigt bosiddende i enten Danmark, Tyskland, Sverige eller Norge.
- Udgifter, der afholdes uden for den gældende dækningsperiode – med undtagelse af de i pkt. 6.5 nævnte forhold.
- Udgifter, der afholdes inden udstedelse af den indledende lægeattest.
- Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt eller nævnt i den indledende lægeattest.
- Udgifter, der afholdes i strid med afsnit 5: Skadesproces.
- Udgifter, der afholdes til indlæggelsesydelse, kursteder, naturbehandlingssteder, hjemmesundhedspleje eller ydelser leveret på rekreativcenter eller -institution, hospice eller plejehjem for ældre, selv hvis sådanne ydelser er påkrævede eller nødvendige som følge af en dækket sygdom eller behandling.
- Udgifter, der afholdes til køb (eller leje) af enhver form for protese eller ortopædisk anordning, korset, bandage, krykke, kunstigt led eller organ, paryk (selv når brugen heraf skønnes nødvendig under behandling med kemoterapi), ortopædisk fodtøj, tandprotese, brokbind og andet lignende udstyr eller genstand – med undtagelse af brystproteser efter mastektomi og hjerteklapprotese, der skønnes nødvendig efter et kirurgisk indgreb, der er aftalt og betalt for under denne forsikring.

- Udgifter, der afholdes til køb eller leje af kørestol, specialseng, klimaanlægsapparat, luftrensere og andre lignende genstande eller udstyr.
- Medicin, der ikke er udleveret fra et certificeret apotek, eller som kan købes i håndkøb.
- Udgifter, der er afholdt for brug af alternativ medicin, selv når det er ordineret af en læge.
- Udgifter, der er afholdt for lægetilsyn eller indlæggelse i tilfælde af kognitive forstyrrelser, senilitet eller nedsættelse af hjernens funktion – uanset sygdommens udviklingsstadiet.
- Honorar til tolk, telefon og andre udgifter til personligt behov, eller som ikke vedrører lægebehandling, eller til andre ydelser, der leveres til familie, pårørende eller øvrige ledsagere.
- Udgifter, der afholdes af forsikrede, pårørende eller øvrige ledsagere med undtagelse af dem, der udtrykkeligt dækkes af forsikringen.
- Behandlingsudgifter, der ikke er sædvanlige og rimelige i pris.
- Alle udgifter vedrørende ophold og transport, der er arrangeret af den forsikrede, rejseledsageren eller en levende donor.

8. Generelle bestemmelser

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 Forsikringssum

Forsikringssummen fremgår af forsikringsaftalen. Beløbet er angivet for hver forsikrede. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes der ikke yderligere udgifter. Forsikringssummen gælder som et samlet maksimum, uanset om der er tegnet flere dækninger og tilvalg.

Forsikringen udstedes for nedenstående maksimumbeløb, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen:

1.000.000 EUR for hver forsikrede pr. forsikringsår – dog maksimalt 2.000.000 EUR for hver forsikrede i policens løbetid. Denne beløbsgrænse pr. år og levetid omfatter nedenstående beløbsbegrænsninger for de konkrete dækninger:

- Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet (pkt. 6.5.1): For 50.000 EUR for hver forsikrede i policens løbetid.
- Økonomisk dækning under behandling i udlandet (pkt. 6.4): Udbetaling til forsikrede på 100 EUR pr. overnatning på et hospital eller en klinik er begrænset til 60 dage pr. skadesanmeldelse.

8.3 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen. Vi sender opkrævning til den oplyste e-mailadresse eller ved elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse.

Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked. Vi har ret til at få dækket eventuelle udgifter til porto.

Opkrævning for medforsikrede sendes direkte til hovedforsikrede, medmindre andet fremgår af aftalen.

Sammen med betalingen opkræver vi eventuelle gebyrer, herunder udgifter til porto, der dækker vores ekspeditionsomkostninger ved betalingen. Vi opkræver også eventuelle afgifter til staten.

Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige betalingsdag, sender vi en rykkerskrivelse med betalingsfrist senest 10 dage, efter at rykkerskrivelsen er sendt. Vi har ret til at opkræve et rykkergebyr.

Hvis forsikringen ikke betales senest 10 dage, efter at rykkerskrivelsen er sendt, sender vi en påmindelse med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen samt rykkergebyret ikke er betalt senest 21 dage, efter at påmindelsen er sendt.

Hvis dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter de gældende regler, jf. pkt. 8.5 "Opsigelse og ophør af forsikringen".

8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

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

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset eller lignende (Danmarks Statistik).

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

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

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

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsigte 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 pris.

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

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

8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

Forsikringstager kan opsigte forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. 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 Norden eller Tyskland. Dette gælder ikke ved udstationering.

Dækning ved ophør af forsikringen

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

Medforsikrede

For medforsikrede familiemedlemmer fortsætter forsikringen til den dato, hvor der er betalt dækning til i de tilfælde, hvor den hovedforsikrede udtræder af ordningen.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Fakturaer for godkendt behandling og/eller transport skal være indsendt senest 180 dage, efter udgiften blev afholdt.

8.6 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 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.

Hvis du flytter, skal vi altid have besked om dette. Medlemskab af Sygeforsikringen "danmark" skal altid oplyses i forbindelse med oprettelse af skade, da vi er berettiget til dette tilskud.

Medforsikrede ægtefælle/samlever har pligt til at oplyse os, hvis de bliver skilt eller fraflytter hovedforsikrede.

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.

8.7 Behandling af personoplysninger

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

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger. På vores hjemmeside ds-sundhed.dk kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

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

8.8 Behandling af helbredsoplysninger

Når forsikringen tegnes, vil forsikringsselskabet stille krav om, at der udfyldes en lægeattest for alle personer, som ansøger om at blive forsikret. Indsendelse af en gyldig lægeattest er nødvendig for, at forsikringsselskabet kan udføre en passende risikovurdering, så forsikringen kan godkendes.

Kravet om lægeattest frafalder kun, såfremt forsikringen udstedes i forlængelse af en forsikringsanmodning i henhold til det i pkt. 2.3 "Karensbestemmelser" anførte scenarie.

Lægeattesten kan enten indsendes elektronisk eller afgives mundtligt til forsikringsselskabet. Uanset om lægeattesten afgives elektronisk eller mundtligt, modtager forsikrede en bekræftelse på, at forsikringsselskabet har modtaget lægeattesten.

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 eller lægeattestens gyldighed. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder – herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringsselskaber, pensionsselskaber, Sundhed.dk etc. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

8.9 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 korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

8.10 Urigtige oplysninger

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

8.11 Forældelse

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

8.12 Klagemuligheder

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

Din klage vil hurtigst muligt og senest inden for 10 hverdage blive behandlet af en klageansvarlig. Du kan sende din klage via klageportalen på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

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

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

Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder forsikringsaftaleloven og lov om finansiel virksomhed. 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 eller den klinik, som har stået for behandlingen.

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

8.13 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring på telefon +45 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk. Du kan også finde mere information på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

8.14 Fortrydelsesret

For privattegnede forsikringer gælder en fortrydelsesret. Det betyder, at forsikringstager kan fortryde en privatindgået aftale om forsikring efter reglerne i forsikringsaftalelovens § 34.

Forsikringstager har efter reglerne i forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse.

Hvis du fortryder en privatindgået forsikring, har du 14 dages fortrydelsesret. Fortrydelsesretten regnes fra den dato, hvor aftalen er indgået, og hvor du er blevet informeret om forsikringsbetingelserne, hvor også fortrydelsesretten er beskrevet.

Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

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

Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring
Hørkær 12B
2730 Herlev

eller på e-mail til:
sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk