



Betingelser – Erhverv – Arbejde

Sundhedsforsikring

Arbejdsrelateret dækning

Indholdsfortegnelse

1	Aftalegrundlag	3			
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3		5.6.6	Genoptræning efter operation
1.2	Hvad dækker forsikringen	3		5.6.7	Rekreation
1.2.1	Sygdommen/skaden skal være arbejdsrelateret	3		5.6.8	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske
				5.6.9	Transportudgifter
				5.7	Fysisk sundhed
				5.8	Mental sundhed
2	Hvem er dækket af forsikringen	4		5.8.1	Akut krisehjælp
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	4		5.9	Hospice og terminal pleje
2.2	Medforsikrede	4		5.10	Tandbehandling
2.3	Kollektiv børnedækning	4		5.11	Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom og overvægt
2.4	Karensbestemmelser	4			
3	Hvor dækker forsikringen	5		6	Tilvalgsdækninger
4	Brug af forsikringen	5		6.1	Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist
4.1	Lægehenvielse	5		6.2	Tilvalg B Fysioterapi uden henvisning fra læge
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	5		6.3	Tilvalg C Misbrugsbehandling
4.3	Akut behandling er ikke dækket	5		6.4	Tilvalg E Privathospitalsdækning
4.4	Rejser og udenlandsophold	5		6.5	Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser
4.5	Udeblivelse fra behandling	5		6.6	Tilvalg G Online lægevagt
4.6	Igangværende og planlagt behandling	5		6.7	Tilvalg H Udvidet psykiatrisk udredning
4.7	Udgifter til behandlinger	6		6.8	Tilvalg K Operation af kroniske bevægeapparatslidelser
4.7.1	Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling	6		7	Hvad forsikringen ikke dækker
4.8	Valg af behandler	6		8	Generelle bestemmelser
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	6		8.1	Forsikringens varighed
4.10	Anmeldelse af skade	7		8.2	Forsikringssum
5	Basisdækning	7		8.3	Betaling af forsikringen
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	7		8.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser
5.2	Graviditetsrådgivning	7		8.5	Opsigelse og ophør af forsikringen
5.3	Kroniske sygdomme	8		8.6	Oplysningspligt
5.4	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	8		8.7	Behandling af personoplysninger
5.5	Smerteudredning	8		8.8	Behandling af helbredsoplysninger
5.6	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	8		8.9	Urigtige oplysninger
5.6.1	Efterkontrol	10		8.10	Forældelse
5.6.2	Reoperation	10		8.11	Klagemuligheder
5.6.3	Second opinion	10		8.12	Hvis du vil vide mere
5.6.4	Medicinudgifter	10			
5.6.5	Midlertidige hjælpemidler	10			

1 Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2024.

Forsikringsaftalen er tegnet gennem 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, Lov om forsikringsvirksomhed og Lov om finansiel virksomhed.

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

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

Definition af enkelte begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

Herved forstås Dansk Sundhedssikring A/S, i betingelserne benævnt Dansk Sundhedssikring.

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

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

Forsikrede

Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte 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 at behandle. Vi definerer sygdom som helbredsmæssige tilstande, lidelser eller skader, der er symptomgivende, og som efter vores vurdering medfører et lægeligt begrundet behov for undersøgelse eller behandling. Vi vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

Forsikringen dækker udelukkende sygdomme/skader relateret til den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

1.2.1 Sygdommen/skaden skal være arbejdsrelateret

Det er en forudsætning for dækning, at sygdommen, skaden eller lidelsen er direkte relateret til arbejdslivet. Det betyder, at der skal være en direkte årsagssammenhæng mellem arbejdets udførelse/belastning og den anmeldte skade. Forsikringen dækker ikke afklaring af, om skaden er arbejdsrelateret. Hvis der er tvivl om, hvorvidt skaden er arbejdsrelateret, dækker forsikringen ikke. Vi kan kræve, at det fremgår af din lægehenvielse, journal eller lignende, at den anmeldte skade skyldes dit arbejde.

Hvis årsagen til skaden er fritidsrelateret, er der ingen dækning på denne forsikring.

2 Hvem er dækket af forsikringen

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og virksomheden skal være beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen.

Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen.

Forsikringen kan tegnes til medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere, som en obligatorisk eller frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser eller have bopælsland i Norge, Sverige eller Tyskland og have ret til at modtage ydelser svarende til de offentlige sygesikringsydelser via offentlig eller privat dækning i bopælslandet. Undtagelser vil fremgå af aftalen.

Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med medarbejderen, er kun dækket med undersøgelse og behandling i Danmark. Der dækkes ikke transportudgifter til og fra Danmark.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

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

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

2.2 Medforsikrede

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

Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år. Det er muligt at fortsætte dækningen ved en tilsvarende ordning til børnene fylder 27 år. Forsikrede skal altid give os besked, hvis der sker ændringer i samlivsforhold, som har betydning for, hvem der skal være omfattet af forsikringsaftalen.

2.3 Kollektiv børnedækning

Har virksomheden tilkøbt kollektiv børnedækning, er dine børn automatisk og kollektivt medforsikret under samme betingelser som dig, medmindre andet fremgår af dækningen, indtil de fylder 24 år. Hvis der er indgået aftale om en anden alder for børnene, vil det fremgå af aftalen. De omfattede børn er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn og ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, uanset bopæl. Plejebørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som hovedforsikrede. Den kollektive børnedækning ophører, hvis din dækning ophører.

2.4 Karensbestemmelser

For obligatoriske virksomhedsordninger er der ingen karens for eksisterende lidelser med undtagelse af de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "Misbrugsbehandling".

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

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

3 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi anviser til et behandlingssted i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Valg af behandlingssted skal altid være efter aftale med os, og vi kan beslutte, at det skal være hos en bestemt behandler eller på et bestemt behandlingssted. Ved nogle behandlingsformer kan du dog selv vælge behandler. Dette vil fremgå af den enkelte dækning.

Undersøgelse og behandling i Sverige, Norge eller Tyskland kan finde sted efter aftale med os, hvis vi finder det rimeligt og relevant. Udgifterne må efter vores vurdering ikke overstige den samlede udgift til tilsvarende undersøgelse og behandling foretaget i Danmark.

Undersøgelse og behandling på Grønland eller Færøerne er aldrig dækket. Det gælder også, hvis du har folke-registeradresse i Danmark, men opholder dig på Grønland eller Færøerne. Dette gælder ikke, hvis andet følger af den enkelte aftale.

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.

4.1 Lægehenvi sning

Medmindre andet fremgår af den enkelte dækning, skal du have en lægelig henvisning 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 henvisning 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, ulyk-

kestilfælde, 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, Akut-telefonen, skadestue eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udenlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade 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 på Grønland eller Færøerne.

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringsselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, 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 behandlinger

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

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter, efter at tilskud fra den offentlige sygesikring er fratrukket. Det betyder, at i det tilfælde, hvor den offentlige sygesikring dækker en del af ydelsen, 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 behandling på privatklinik eller privathospital, vil betalingen normalt ske direkte mellem behandlingsstedet og os.

Vi dækker ikke udgifter, som det offentlige allerede fuldt eller delvist har dækket, eller 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 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, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt.

I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

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

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer), dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1000 kr. pr. behandling.

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 helbreds-tilstanden. Behandlinger af forebyggende karakter er ikke dækket.

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

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

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

Ved fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling anbefaler vi typisk behandling i vores kvalitetssikrede landsdækkende netværk. Du har dog mulighed for selv at vælge behandler. Ved behandling i vores netværk tilstræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

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

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os.

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

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

Vores sundhedsteam bestående af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale behandler og vurderer alle skader og anmeldelser. Det er

sundhedsteamet, der afgør, om den anmeldte sygdom/skade er omfattet af dækningen og som vurderer, hvilken undersøgelse eller behandling der er behov for.

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

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

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Er du forsikret gennem en virksomhedsordning, skal du ved anmeldelse af skade altid informere os, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

5 Basisdækning

Afsnittet indeholder de forskellige basisdækninger. 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.

Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter, graviditet, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer.

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 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.

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 sundhedssystemers behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, arrangere transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

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

5.2 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle relevant sundhedsfaglig baggrund, f.eks. sygeplejersker

med erfaring fra neonatal- og barselsafsnit og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forælderrollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsels- og ammerådgivning og barnets trivsel og udvikling. Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale.

Du kan ringe og få rådgivning alle hverdage i tidsrummet 9-16 på telefon 70206121. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikrings- tiden i op til 6 måneder fra diagnositidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er ikke dækket.

Kroniske sygdomme definerer vi som sygdomme, tilstande og lidelser, som vores læger vurderer er vedvarende og som ikke kan kureres, og hvor der ikke findes en helbredende behandling.

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

5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

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

5.5 Smerteudredning

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

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer er

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

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

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

Lægehenvi sning

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

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

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

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling hos et privathospital eller en privatklinik 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, henvisning eller attester, som vi finder nødvendige for vores

sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

Undersøgelles- og behandlingsgarantien dækker ikke:

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

Hudlidelser

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

Hudkræft (basalcellekræft)

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

Allergjudredning

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

Grå stær

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

Åreknuder

Åreknuder dækkes kun, hvis der efter vores vurdering er alvorlige symptomer som f.eks. mistet køretilladelse, sygemelding og dyb betændelse.

Kræft

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

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

Undersøgelse og behandling i udlandet - Cancer Care

For dækningen Cancer Care henvises til tillæg 1: Personlig medicin og kræftbehandling i udlandet.

Du er dækket af Cancer Care, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

I tilfælde af uenighed om valg af behandling/behandlingsplan, og hvor behandlingen kan udføres i hjemlandet, er det altid den behandlende speciallæge i hjemlandet, der afgør, hvilken behandling der kan tilbydes. Behandling vil finde sted i hjemlandet.

I tilfælde af uoverensstemmelse mellem den danske og den engelske version af tillæg 1 er det til hver en tid den engelske tekst, der er gældende. Det engelske tillæg kan findes på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Hjertesygdomme

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

Misbrug

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

5.6.1 Efterkontrol

Forsikringen dækker nødvendig ambulant efterkontrol efter dækningsberettiget operation i op til 24 måneder efter sidste behandlingsdag. Kontrollen skal være ordineret af relevant speciallæge og efter vores vurdering være rimelig og nødvendig. Forsikringen dækker ikke gentagne kontroller.

5.6.2 Reoperation

Forsikringen dækker reoperation efter en dækningsberettiget operation, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os.

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

5.6.3 Second opinion

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

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

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

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed omkring din diagnose eller behandlingsform, tilbyder

vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform (third opinion).

5.6.4 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling.

Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling. Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

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

5.6.6 Genoptræning efter operation

Forsikringen dækker ambulant genoptræning hos fysioterapeut og kiropraktor i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet. Ved bevægeapparatet forstås sener, muskler og led i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofter, albuer og håndled. Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes ikke rekreations- og behandlingsophold.

Du skal have en gyldig lægehenvielse til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt. For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik.

Genoptræning i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Genoptræning uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ved selvvalgt behandler ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for flere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en status, genoptræningsplan, eller en behandlingsplan fra din behandler.

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

5.6.7 Rekreation

Forsikringen dækker udgifter til godkendt rekreationsophold i Danmark i direkte forlængelse af en behandlingskrævende operation eller indlæggelse, som forsikringen dækker. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter, dog maksimalt 65.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af behandlende speciallæge samt Dansk Sundhedssikrings læge. Vi kan bede om at få tilsendt en behandlingsplan. Vi henviser til et behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk.

Der ydes ikke tilskud til ferielignende ophold, afstresning eller lignende. Der dækkes ikke rekreationsophold som følge af psykiske lidelser.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til rekreationsophold for 65.000 kr. pr. forsikret i hele forsikringstiden.

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne og på- og aflædning i maksimalt 6 måneder regnet fra

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

5.6.9 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige transportudgifter i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter til speciallæge i psykiatri, ved akut krisehjælp, hospice og terminal pleje eller ved tilvalgsdækningen "Misbrugsbehandling". Udgifter til taxa dækkes ikke. Transportudgifter til speciallægehjælp i udlandet dækkes ikke. Refusion af regninger vedrørende transport skal være indsendt, senest 3 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse og behandling

Forsikringen dækker transportudgifter til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 75 km fra din bopæl. Der dækkes med statens laveste takst for kørsel i egen bil eller billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

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

Medicinsk ledsager

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

5.7 Fysisk sundhed

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

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

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

Træningsapp

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

Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling i Danmark efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/læge- ligt dokumenteret behov for at behandle, og at behandlingen sikrer progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Du skal altid have en gyldig lægehenvi- sning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer). Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

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

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret behandler, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger

hos egen valgt fysioterapeut eller kiropraktor i op til 6 måneder pr. sygdomsregion (knæ, skulder, hofte, nakke, ryg osv.). Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger.

Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt.

Online fysioterapi

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

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

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

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

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

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

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

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

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

Behandling i Sverige, Norge og Tyskland

Er du bosat i Sverige, Norge eller Tyskland, dækker vi godkendt behandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/takster.

Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores netværk eller hos en behandler anvist af os.

5.8 Mental sundhed

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

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

Vi kan tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til en række forskellige behandlingsformer, herunder telefonisk, online, eller fysisk behandling samt et specialiseret behandlingsprodukt til børn. Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. De nærmere bestemmelser fremgår af de enkelte afsnit.

I de tilfælde, hvor vi sundhedsfagligt vurderer, at udredning og/eller behandling bedst kan varetages i det offentlige, kan vi henvise til, at offentlige tilbud skal aktiveres og benyttes. Det kan f.eks. være i de tilfælde, hvor der ikke er varig bedring af tidligere forsøgt behandling hos en psykolog og/eller en psykiater, eller hvis der er tale om en tilbagevendende lidelse. Vi tilbyder vejledning og støtte i processen.

Er du henvist til et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen, skal dette tilbud altid benyttes.

Forebyggende stress- og trivselslinje

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

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

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

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

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

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

Lederlinjen

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

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

Teamet kan ud fra en faglig vurdering visitere til en kvalitetssikret og erfaren erhvervspsykolog.

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

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

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

Digital ADHD/ADD-vejledning ved psykiater og specialuddannet psykolog

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

Den mentale værktøjskasse

Vi tilbyder forskellige sundhedsfremmende tiltag i form af online kurser, hvis du oplever, at din mentale trivsel er påvirket, men hvor du ikke har behov for egentlig terapi. Du vil opnå viden om det sunde sinds reaktioner på belastning og få konkrete værktøjer til selv at kunne handle og styrke din mentale sundhed. Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering tilbyde adgang til forskellige målrettede tilbud:

- **Mental sundhed – din værktøjskasse**
Kursus med sundhedsfremmende fokus til dig med livsudfordringer, som har brug for værktøjer til selv at kunne handle for at styrke din mentale sundhed. Du opnår viden om sindets reaktioner og får konkrete værktøjer, du selv kan bruge fremover til at styrke din mentale sundhed.
- **Mental sundhed – din værktøjskasse med mentor**
Personlige samtaler med en erfaren mentor målrettet livsudfordringer, hvor der er brug for

ekstra støtte til selv at arbejde med værktøjer, der styrker din mentale sundhed.

- **Mental sundhed – din værktøjskasse som leder/HR**
Kurser målrettet ledere og HR med fokus på sunde reaktioner ved livsudfordringer, og hvordan man som leder/HR støtter medarbejdere med almenmenneskelige udfordringer.

Behandling hos psykolog og psykoterapeut

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

Sundhedsteamet visiterer til behandlingsformen og vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har brug for, og om du modtager den rette behandling.

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

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

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret psykolog eller psykoterapeut, og vi afregner direkte med behandleren. Vi kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige behandlingsformer:

- **Telefoniske forløb**
Vi kan henvise til telefoniske forløb ved erfarne psykoterapeuter og psykologer.
- **Online behandlingsforløb**
Vi kan henvise til videokonsultationer med erfarne psykoterapeuter og psykologer. Som en del af forløbet får du adgang til et online bibliotek med øvelser og viden om mental sundhed.

- **Stresshåndteringsforløb**
Alle forløb tilpasses den enkelte og kan indeholde adgang til materiale, online coachforløb og/eller et online eller fysisk forløb.
- **Fysiske forløb**
Vi kan henvise til fysiske forløb hos erfarne psykoterapeuter og psykologer.
- **Specialiseret behandlingsprodukt til børn med psykisk mistrivsel**
Vi kan henvise til særligt tilrettelagte behandlingsforløb målrettet børn under 15 år og deres forældre. Forløbene afholdes af psykologer med særlig erfaring inden for området og involverer i høj grad forældrene i behandlingen. Involvering af forældrene øger deres bidrag til at opnå terapeutisk alliance og styrker forældrenes evne til at hjælpe barnet – også efter endt behandling. I relevante tilfælde kan der foretages en skriftlig overlevering af relevant information, som kan deles med f.eks. kommune, PPR, skole, psykiatri eller sagsbehandler, så de bliver i stand til at give den rette støtte.
- **Trepartssamtaler ved arbejdsrelateret stress**
Ved arbejdsrelateret stress kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til trepartsforløb mellem dig, din leder (eller HR) og en psykolog. Vi finder en psykolog til dig med særlig erfaring inden for stress og stresshåndtering på arbejdspladsen. Forløbet har fokus på arbejdsmarkedssituationen, når der f.eks. er behov for at hjælpe med fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdspladsen. Forløbet har ikke forebyggende karakter og medtager ikke andre problematikker end stress. Forløbet er derfor ikke egnet i tilfælde med længerevarende belastningsreaktion, medicinsk behandling eller ved alvorlige stresstilfælde med langvarig sygemelding.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt psykolog i op til 6 måneder pr. sygdom/skade. Børn dækkes med maksimalt 5 behandlinger pr. kalenderår – også i tilfælde af flere skader. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der

vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra psykologen.

Har du en henvisning fra din læge, dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos en psykolog uden ydernummer dækkes psykologens takst, dog maksimalt 1000 kr. pr. behandling. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

I de tilfælde, hvor du er påbegyndt behandling hos en behandler uden for vores netværk, kan vi vælge, at fortsat behandling skal være hos en behandler anvist af os. F.eks. hvis du ønsker at skifte behandler, eller hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har den ønskede effekt. For børn gælder, at der ikke kan dækkes behandling i vores netværk, hvis behandling er startet hos en psykolog efter eget valg.

Cool Kids/Chilled angstbehandlingsprogram til børn

Ved lægehenvist psykologbehandling af angstlidelser opstået i forsikringstiden kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til angstbehandlingsprogrammet Cool Kids til børn i alderen 7-12 år og Chilled-programmet til børn i alderen 13-17 år.

Programmet tilbydes som et gruppeforløb for børn/unge og deres forældre eller i enkelte tilfælde som individuelt forløb. Forløbet indledes med en individuel forsamtale med en psykolog, hvor det afklares, om barnet er i målgruppen.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Der dækkes ét angstforløb i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid. I de tilfælde, hvor vi ikke dækker angstprogrammet – f.eks. hvis psykologen vurderer, at programmet ikke er relevant – vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende.

Behandling i Sverige, Norge og Tyskland

Er du bosat i Sverige, Norge eller Tyskland, dækker vi godkendt psykologbehandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/

takster. Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores netværk eller hos en behandler anvist af os.

Psykiater

Forsikringen dækker nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater, hvis vi vurderer, at det er muligt at opnå en væsentlig og varig forbedring af helbredstilstanden. Det er en forudsætning for dækning, at lidelsen er dækningsberettiget.

Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2000 kr. pr. konsultation.

5.8.1 Akut krisehjælp

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

- Hvis du bliver udsat for en pludselig alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare.
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning.
- 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.

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

Ud fra en faglig vurdering kan vi vælge at dække debriefing i form af én session med en psykolog på arbejdspladsen, hvis der er sket en alvorlig arbejdsulykke eller anden voldsom/traumatisk hændelse, hvor flere medarbejdere har været involveret i eller overværet en sådan hændelse og har behov for hjælp.

Der dækkes ikke debriefing ved forventede episoder, afskedigelser, konflikter og lignende.

Det er muligt at tilkøbe yderligere debriefing-sessioner til grupper. Ved tilkøb koordineres indsatsen med arbejdspladsen.

Der dækkes ikke akut psykologbehandling eller debriefing i udlandet.

5.9 Hospice og terminal pleje

Forsikringen dækker godkendt ophold på dansk hospice i forbindelse med terminal diagnose stillet i forsikringstiden i op 3 måneder, dog maksimalt 30.000 kr.

Opholdet skal være skriftligt ordineret af læge, og vi skal modtage en kopi af journal, hvor det fremgår, at diagnosen er terminal.

Alternativt kan vi tilkende terminal pleje i hjemmet varetaget af hjemmesygeplejerske i op til 3 måneder, dog maksimalt 30.000 kr.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til hospice eller terminal pleje for 30.000 kr. i hele forsikringstiden. Vi kan vælge, at det skal være et hospice eller en leverandør anvist af os.

5.10 Tandbehandling

Forsikringen dækker speciallægeordineret tandbehandling, når der er sket en skade på tænderne i direkte forbindelse med behandlingen af en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter op til 20.000 kr. pr. skade.

5.11 Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom og overvægt

Ved diagnosticeret diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan

vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb med digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med digital personlig rådgivning ved en psykolog, fysioterapeut og/eller en speciallæge. Programmet tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk.

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

Du skal være 16 år eller derover for at kunne anvende programmet.

6 Tilvalgsdækninger

Forsikringsaftalen viser, hvilke tilvalgsdækninger der er knyttet til forsikringen.

For alle tilvalgsdækninger gælder de samlede forsikringsbetingelser, men med de nærmere regler og undtagelser, som fremgår af de enkelte dækninger.

6.1 Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist

Tilvalget dækker behandling hos akupunktør, zoneterapeut, osteopat og diætist efter henvisning fra sundhedsteamet. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler. Der dækkes behandling i Danmark.

Akupunktur, zoneterapi og osteopati dækkes til lidelser i bevægeapparatet. Ved bevægeapparatet forstås sener, muskler og led i ryg, skuldre, nakke, knæ, hofte, albuer og håndled.

Behandlingerne skal være udført af RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør, autoriseret osteopat eller autoriseret klinisk diætist. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

Akupunktur

Akupunkturbehandling dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og vi vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Zoneterapi

Zoneterapi dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 500 kr. pr. behandling.

Osteopati

Osteopati dækkes til dækningsberettiget lidelse i bevægeapparatet. Der dækkes det antal rimelige og nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende

vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 650 kr. for første behandling og 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Diætist

Der dækkes lægeligt begrundet behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Der dækkes udarbejdelsen af 1 kostplan pr. sygdom/skade.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Vi vurderer, om du skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Hvis der i forsikringstiden diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjertekarsygdom, tarmlidelse, urinsyregigt, cøliaki, PCO/PCOS, behandlingskrævende stofskiftesygdom, eller hvis der lægeligt vurderes behandlingskrævende undervægt, der udgør en risiko for dit helbred, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden. Forsikringen dækker ikke diætistbehandling ved ønske om graviditet, amning, undervægt, sportsernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt til psykiske lidelser – herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker lægehenvist diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt.

6.2 Tilvalg B Fysioterapi uden henvisning fra læge

Med dette tilvalg er der ikke krav om, at der foreligger en lægehenvielse til fysioterapi.

Hvis vi vurderer, at der er sundhedsfaglig begrundelse for behandling, kan sundhedsteamet henvise direkte til behandling. Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør ses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Behandlingen skal sikre progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret klinik, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos egen valgt fysioterapeut og kiropraktor i op til 6 måneder pr. sygdomsregion (knæ, skulder, hofte, nakke, ryg osv.). Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten. Der dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster.

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

6.3 Tilvalg C Misbrugsbehandling

Tilvalget dækker rimelige udgifter til behandling for misbrug og afhængighed af:

- Alkohol.
- Receptpligtig medicin.
- Narkotika (rusmidler, der er omfattet af Lov om euforiserende stoffer).
- Diagnosticeret ludomani (afhængighed af pengespil).

Der dækkes ikke andre former for misbrug end de ovennævnte. Du kan først få dækket "Misbrugsbehandling", når du har været omfattet af forsikringen i 6 måneder. Det er muligt at overføre anciennitet ved direkte overgang fra et andet selskab, hvor du også var omfattet af lignende dækning.

Lægehenviisning

Behandlingen skal være skriftligt ordineret af praktiserende læge, og der skal efter vores vurdering være en realistisk helbredelsesmulighed.

Behandling skal godkendes

Behandling må ikke igangsættes uden forudgående godkendelse fra os. Vi henviser ud fra en faglig vurdering til ambulante- eller døgnbehandling på et behandlingssted i Danmark anvist af os.

Tidligere behandling

Forsikringen dækker ikke, hvis vi vurderer, at du tidligere har været i behandling for samme type misbrug. Ved tidligere behandling forstås vi:

- Opstart af planlagt ambulante- eller døgnbehandling på et offentligt eller privat behandlingssted.
- Hvis du har været i et behandlingsforløb med minimum 4 timers ugentlig behandling.
- Hvis du har været i et behandlingsforløb, hvor du samlet har modtaget mere end 25 timers behandling.
- Hvis du har været i antabusbehandling via egen læge i mere end 3 uger, og du samtidig har modtaget samtaletterapi.
- Spil/ludomani dækkes ikke, hvis du tidligere har været i psykologbehandling for dette.
- Anden behandling, der kan sidestilles med ovenstående punkter.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor du får tilbagefald til et misbrug i forsikringstiden, eller hvis du afbryder et behandlingsforløb igangsat af os. Vi betragter et forløb som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

Der kan maksimalt dækkes udgifter for op til 100.000 kr. pr. forsikret samlet i hele den periode, hvor forsikringen er i kraft, uanset om der er tale om flere forskellige misbrug.

6.4 Tilvalg E Privathospitalsdækning

Dette tilvalg kan kun købes som tilvalgsdækning til Sundhedsforsikring Erhverv Heltid.

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik.

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

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

Lægehenviisning

Du skal altid have en gyldig henvisning fra din læge. Hvis din læge vurderer, at du har brug for undersøgelse eller behandling, skal du henvises til relevant speciallæge i det offentlige sundhedsvæsen. Denne henvisning kan du anvende, når du ønsker at bruge din forsikring.

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

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

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

Hvis vi vurderer, at behandlingen hensigtsmæssigt kan finde sted hos et privat behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk, kan du med dette tilvalg vælge, at det skal være i privat regi. Vi henviser til en privat klinik eller et privathospital i vores landsdækkende netværk. Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

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

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling i det private sundhedsvæsen, f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste.
- Hvis du udtrykker ønske om behandling på et senere tidspunkt end perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.

- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret 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.

6.5 Tilvalg F Behandling af kroniske lidelser

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig behandling af diagnosticeret eller længerevarende (mere end 6 måneder) slidgigt eller anden kronisk lidelse i bevægeapparatet med op til i alt 12 fysioterapi-, kiropraktor- eller massagebehandling pr. kalenderår.

Af de 12 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 4 af dem være til fysiurgisk massage, og maksimalt 4 behandlinger kan være chokbølgebehandling udført af fysioterapeut eller kiropraktor.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering vælge at dække chokbølgebehandling ESWT udført af fysioterapeut eller kiropraktor ved diagnosticerede længerevarende (mere end 3 måneder) gener af tennisalbue, akillesenebetændelse, hælsore samt skuldertendinit, hvor konservativ behandling er utilfredsstillende, eller som alternativ til kirurgi ved non-union (manglende heling af knoglebrud). Der stilles ikke krav om lægehenviisning, men behandlingen skal være lægeligt begrundet, og vi vurderer, om du skal have en skriftlig anbefaling fra læge, kiropraktor eller fysioterapeut.

Forebyggende og lindrende behandlinger er dækket, og der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler.

Ved chokbølgebehandling ESWT kan vi vælge, at behandlingen skal finde sted i vores netværk eller hos en behandler

anvist af os. Der dækkes behandling i Danmark hos autoriserede behandlere.

Massage skal være ved en registreret fysiurgisk massør. Chokbølgebehandling skal være ved en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som anvender fokuseret chokbølgeudstyr/fokuserede maskiner.

For dette tilvalg gælder der ikke en grænse på 6 måneders behandling ved fysioterapi/kiropraktor.

Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en lidelse/problematik i de tilfælde, hvor vi vurderer, at problemet ikke kan afhjælpes eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning. Der kan i forsikringstiden maksimalt dækkes én chokbølgebevilling pr. problematik.

Der dækkes behandlerens takst, dog maksimalt beløbet svarende til det fulde honorar for almen fysioterapi, jf. overenskomstens indeksregulerede takster. For fysiurgisk massage kan der maksimalt dækkes 300 kr. pr. behandling (30 minutter). For kiropraktik dækkes maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter taksten for almindelig kiropraktik. For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling.

Når behandlingen ydes som tillægsbehandling, kan der maksimalt dækkes et tillæg på 220 kr. til de øvrige takster for normalbehandling ved fysioterapeut eller kiropraktor. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

Telefonisk psykologhjælp til vedvarende psykiske lidelser

Tilvalget dækker rimelig og nødvendig individuel telefonisk psykologisk rådgivning og støttende samtaler til psykiske lidelser, som vi vurderer som vedvarende, f.eks. langvarig stress, depression, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD/ADD og undertyper), autismspektrumforstyrrelser, Tourette, vedvarende angstlidelser, spiseforstyrrelser, OCD, fobier, PTSD og komplicerede sorgtilstande/forlænget sorglidelse samt hjælp til pårørende til alvorligt psykisk syge personer.

Øvrige psykiske lidelser og tilstande dækkes ikke, herunder adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning, overvægt, afhængighed, parterapi, familierapi, familiesamtaler, coaching, selvudvikling samt udgifter til journaler, attester, psykologiske og kognitive tests og lignende.

Behandling i vores kvalitetssikrede netværk

Behandlingen skal være sundhedsfagligt begrundet, og sundhedsteamet kan i nogle tilfælde vurdere, at du skal have en skriftlig lægehenvielse eller anbefaling. Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Samtalerne har en varighed på cirka 30 minutter, og der dækkes det nødvendige antal samtaler ud fra behandlerens faglige vurdering. Behandleren kan vælge at stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. For medforsikrede familiemedlemmer med gældende karenperiode vil lidelser opstået og/ eller diagnosticeret inden forsikringens start, dog først være omfattet af dækningen efter karenperiodens udløb.

Kollektive børnedækninger har ingen karen.

Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. kalenderår, uanset antal skader/lidelser. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid.

Vi kan afvise at dække behandling af tilbagevendende lidelser/tilbagefald, hvis vi tidligere har dækket behandling vedrørende samme problematik på dette tilvalg.

Fodterapi

Tilvalget dækker behandling ved fodterapeut, hvis du har en henvisning fra din læge på grund af diabetes, leddegigt, nedgroede negle eller arvæv efter strålebehandling. Der dækkes med op til 6 behandlinger pr. kalenderår og der dækkes uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Ved diabetes dækkes der en årlig fodstatus.

Du kan selv vælge, hvilken behandler, der benyttes. Dog skal du have en gyldig lægehenvielse til fodterapi og behandlingen skal udføres i Danmark af en statsautoriseret fodterapeut med overenskomst med den offentlige sygesikring/regionerne (ydernummer).

Der dækkes beløbet tilsvarende egenbetalingen (patientandelen) efter tilskud fra sygesikringen i de overens-

komstregulerede takster for fodterapeuter. Forsikringen dækker ikke afstandstillæg, kørselsgodtgørelse, indlæg, tilretning af indlæg og lignende.

6.6 Tilvalg G 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 mv.

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.

6.7 Tilvalg H Udvidet psykiatrisk udredning

Med dette tilvalg dækkes rimelige og nødvendige udgifter til indledende undersøgelse, udredning og diagnosticering af ADHD/ADD og/eller autismespektrumforstyrrelser.

Det er en forudsætning for dækning, at du har en henvisning fra en læge.

Der dækkes udgifter til ét udredningsforløb pr. forsikret, herunder kombineret udredning for ADHD/ADD og autismespektrumforstyrrelser. Udredningsforløbets varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering. Udredningen skal foretages i forsikringstiden. Forsikringen dækker ikke en ny udredning og/eller en second opinion i de tilfælde, hvor der tidligere er stillet en diagnose.

Vi henviser til et behandlingssted, som vi samarbejder med.

I de tilfælde, hvor vi har dækket udredning, og hvor der er stillet en diagnose inden for ADHD/ADD og/eller autismespektrumforstyrrelser, dækker vi efterfølgende medicinopfølgning – og justering i op til 6 måneder. Der dækkes ikke terapi og/eller gruppeforløb efter der er stillet en diagnose.

Begrænsningen på ét udredningsforløb gælder også, hvis du genoptager et forsikringsforhold eller opretter en ny forsikring hos Dansk Sundhedssikring.

For tilvalg H "Udvidet psykiatrisk udredning" gælder de samlede forsikringsbetingelser, men med de nærmere regler og undtagelser nævnt herover.

6.8 Tilvalg K Operation af kroniske bevægeapparatlidelser

Med dette tilvalg dækkes rimelige og nødvendige indledende undersøgelser samt operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, hvis vi vurderer, at denne kan kurere eller væsentligt og varigt forbedre tilstanden. Du skal altid have en gyldig henvisning fra din læge.

Der dækkes operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, der er diagnosticeret i forsikringstiden – ud over 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Igangværende og planlagt behandling dækkes ikke.

Der dækkes operation af kroniske lidelser i bevægeapparatet, der er diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft. Dog dækkes igangværende og planlagt behandling ikke.

Operationen skal altid foretages i forsikringstiden.

Der dækkes i relevante tilfælde udgifter til terapeutisk blokadebehandling af kroniske lidelser i bevægeapparatet udført af relevant speciallæge anvist af os i de tilfælde, hvor vi vurderer, at blokadebehandlingen væsentligt og varigt kan forbedre tilstanden. Der dækkes op til 3 blokader pr. lidelse i forsikringstiden.

Der dækkes nødvendig ambulante efterkontrol efter en dækningsberettiget operation af en kronisk lidelse i bevægeapparatet i op til 24 måneder fra operationsdatoen, hvis operationen er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Kontrol skal foretages i forsikringstiden. Der dækkes ikke gentagne kontroller.

Der dækkes én reoperation efter en dækningsberettiget operation af en kronisk bevægeapparatslidelse, hvis den primære operation er foretaget på et behandlingssted anvist af os. Reoperationen skal være ordineret af speciallæge og godkendt af Dansk Sundhedssikrings læge. Vi henviser til et behandlingssted.

I de tilfælde, hvor den primære operation ikke er foretaget på et behandlingssted anvist af os, dækker forsikringen én reoperation. Der dækkes ikke reoperation i de tilfælde, hvor den primære operation er udført i det offentlige sundhedsvæsen eller i det private sundhedsvæsen betalt af det offentlige.

Forsikringen dækker ikke udredning og behandling/operation af kronisk lidelse i bevægeapparatet, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som efter vores vurdering bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen.

Genoptræning efter en dækningsberettiget operation af en kronisk bevægeapparatslidelse dækkes ud fra bestemmelserne i afsnittet "Genoptræning efter operation".

Forsikringen dækker ikke udredning og behandling/operation af medfødte lidelser og lidelser, der kan relateres til fødsel/fosterstadiet samt følger heraf, herunder blandt andet hoftedysplasi, deformiteter og skoliose. Der dækkes ikke rekonstruktioner, amputationer, transplantationer, udskiftning af proteser og lignende samt udredning og behandling af benlængdeforskel.

For operation af kronisk bevægeapparatslidelse gælder de samlede forsikringsbetingelser, herunder afsnittet "Tilvalg E Privathospitalsdækning" samt afsnittet "Hvad forsikringen ikke dækker", men med de nærmere regler og undtagelser nævnt herover.

7 Hvad forsikringen ikke dækker

Der dækkes ikke sygdomme, skader og lidelser, der ikke er direkte arbejdsrelaterede. Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til:

- Akut behandling og akutte situationer, som kræver hurtig assistance og ikke kan afvente planlagt behandling (f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte og som kræver øjeblikkelig behandling (f.eks. livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom) samt kræftpakkeforløb.
- Forebyggende og vedligeholdende undersøgelse og behandling, vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig

forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolforhøjelse, åreforkalkningssygdomme, alle former for gigt- og degenerative lidelser (slidgigt), aldersbetinget rygslitage (spondylose), knoglesygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, refluks, kronisk tarmbetændelse, irriteret tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose, klimakteriegener, vaginal atrofi, hormonelle lidelser og lignende.

- Medfødte lidelser, og lidelser der kan relateres til fødsel/fosterstadiet samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, hoftedysplasi, deformiteter, hofteskred og skoliose. Udredning og behandling af astma, benlængdeforskel (anisomeli) og dyspraksi dækkes ikke.
- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, og pilonidalcyster.

- Kosmetiske behandlinger og operationer samt følger heraf, herunder lidelser som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystforstørrende og brystformindskende operationer, rekonstruktion af bryst, problemer med kosmetiske implantater, pandeløft, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti. Der dækkes ikke behandlinger med botox, Xiapex, behandling af svedtendens.
- Behandling eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt. Der dækkes diætistbehandling ved overvægt ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "Tilvalg A Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist.
- Alle former for vorter, godartede modermærker og pletter, lipomer, akne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, hudtransplantationer, aktinisk og seborøisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Gener, infektion og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.
- Kønssygdomme, HIV/AIDS samt forstadier og følgesygdomme heraf. Alle former for prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral (gælder også ved menoragi) samt følger heraf. Udredning og behandling af seksuel dysfunktion.
- Udredning og behandling for barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.
- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.
- Ved undersøgelse, kontrol, scanning og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel, henviser vi til de offentlige tilbud. Vi hjælper med rådgivning i den videre proces.
- Sygdomme hos det ufødte barn. Koliksmarter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Behandling og udredning af ADHD med undertyper, Aspergers og lidelser inden for autismspektret, demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Udredning og behandling af kønsdysfori.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Samtalerapi og medicinudgifter ved psykiater.
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familierapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.
- Alle former for fobier, f.eks. flyveskræk, højdeskræk og eksamensangst. Socialfobi. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Der dækkes ikke tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.

- Hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvens-ablation (RFA) og DC-konvertering samt hjerte-operationer.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, søvnforstyrrelser, f.eks. søvnnapø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinik.
- Alle former for tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi samt bideskinner (tandbehandling dækkes ud fra bestemmelserne i punkt 5.10).
- Følgesygdomme af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, synskorrigerende, vitrektomi, briller, kontaktlinser og/eller synstest, operation for nær- og langsynethed samt bygningsfejl, synskorrigerende linse ifm. operation for grå stær, høreforbedrende behandling, høreapparater og høreprøver.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelse som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere.
- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte, skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed.
- Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt.
- Eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterapeuter.
- Vækstfaktor og orthokine behandling, PRF-behandling, PRP-behandling, hyaluronsyre (injektioner) og modic forandringer.
- Konsultationer hos alment praktiserende læge, speciallæge i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed.
- Udredning og behandling, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være komplicerede rekonstruktioner, organ donation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperation, protonterapi og behandling med stamceller.

8 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.

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 Forsikringssum

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

8.3 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.

8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Prisen reguleres én gang årligt, medmindre andet er aftalt. Der udarbejdes en årsopgørelse af 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 netto-prisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Sker dette, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt senest løbende måned plus en måned efter meddelelsen om fornyelses-præmien 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 udover indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 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 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 pris.

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

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

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 årlig opgørelse af debitering eller kreditering.

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

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

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

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

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, så 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 3 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenviing. Dette gælder i alle tilfælde, også hvis den samlede ordning ophører.

Medforsikrede

For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedforsikret, der er dækket under en virksomhedsordning, gælder det, at forsikringen fortsætter til den dato, hvor der er betalt dækning til i de tilfælde, hvor den hovedforsikrede træder ud af ordningen.

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 24 år, er dækket frem til næste betalingsperiode. For kollektive børnedækninger ophører dækningen af børnene altid, hvis hovedforsikredes dækning ophører eller ved udgangen af den måned, hvor barnet fylder 24 år, medmindre anden alder gælder for aftalen.

Videreførelse af forsikringen

Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsordningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre din forsikring på vores individuelle betingelser og individuelle pris for private. Dit ønske om videreførelse skal ske inden eller i direkte forbindelse med udmeldingen af den hidtidige forsikringsaftale.

Videreførelsen vil da ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis du ikke begærer om videreførelse uden ophold, vil der ved videreførelse være 6 måneders karens for eksisterende lidelser. Medforsikrede har også mulighed

for at søge om videreførelse af forsikringen på vores individuelle betingelser og individuelle pris for private.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for godkendte behandlinger og/eller transport skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato for at være berettiget til refusion.

8.6 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.

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 medarbejderen, som er omfattet af ordningen.

Når du fratræder din stilling

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

Dobbeltforsikring

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

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, som vi samarbejder med.

8.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Hvis du ønsker at indtræde i ordningen efter tidligere at have givet en afkaldserklæring, kan vi dog kræve, at du afgiver nødvendige helbredsoplysninger. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan

vi hente fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskadestyrelsen, forsikringselskaber, pensionselskaber, Sundhed.dk mv. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

8.9 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.

8.10 Forældelse

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

8.11 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: ds-sundhed.dk.

Klagen skal indeholde dit navn og din adresse og 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 ankeforsikring.dk. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet.

Lovvalg

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

Vi er ikke ansvarlige for resultatet af undersøgelser, behandlinger og vurderinger, herunder 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.

8.12 Hvis du vil vide mere

Hvis du vil vide mere om din forsikring, kan du kontakte Dansk Sundhedssikring på telefon 70206121 eller på e-mailadressen: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

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