

Topdanmark 

DANSK | SUNDHEDS
SIKRING 

Betingelser

Alvorlig sygdom

Erhverv – heltid

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	5
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	6
1.2	Medicinske definitioner	6
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	8
2.1	Til- og afmelding af medarbejdere	9
2.2	Medforsikrede	9
3.	Dækningsmoduler	10
3.1	Dækningsmodul 1: kræftbehandling	11
3.2	Dækningsmodul 2: hjerte-kar-behandling	11
3.3	Dækningsmodul 3: neurokirurgi	12
3.4	Dækningsmodul 4: transplantation	12
4.	Brug af forsikringen	13
4.1	Dækningsperiode	13
4.2	Sygdommen må ikke være en allerede eksisterende sygdom	13
4.3	Medicinsk nødvendig behandling	13
4.4	Udgifter	14
4.5	Behandling arrangeres af Further	14
4.6	Medicinske udgifter	14
4.7	Undersøgelse og behandling skal godkendes	14
4.8	Rejser og udlandsophold	14
4.9	Udeblivelse fra behandling	14
4.10	Igangværende og planlagt behandling	14

5.	Procedure for skadesanmeldelse	15
5.1	Anmeldelse af skade	15
5.2	Vurdering af dækning	15
5.3	Den forsikredes forpligtelser	15
5.4	Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling	16
5.5	Behandling i udlandet: indledende lægeattest	16
5.6	Den gældende dækningsperiode	17
5.7	Hjemkomst fra behandling i udlandet	17
5.8	Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet	17
5.9	Samarbejde	18
6.	Hvad dækker forsikringen?	18
6.1	Dækkede ydelser før rejse til behandling i udlandet	18
6.2	Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet	19
6.2.1	Force majeure	20
6.3	Dækkede ikke-behandlingsrelaterede udgifter under behandling i udlandet	21
6.4	Økonomisk dækning under behandling i udlandet	23
6.5	Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	23
6.5.1	Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet	23
6.5.2	Efterbehandling og opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet	24
7.	Hvad forsikringen ikke dækker	25
8.	Generelle bestemmelser	28
8.1	Forsikringens varighed	28
8.2	Forsikringssum	28

8.3	Betaling af forsikringen	28
8.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	29
8.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	30
8.6	Oplysningspligt	31
8.7	Behandling af personoplysninger	32
8.8	Behandling af helbredsoplysninger	32
8.9	Urigtige oplysninger	32
8.10	Forældelse	33
8.11	Klagemuligheder	33
8.12	Hvis du vil vide mere	33

Kontakt Dansk Sundhedssikring

Du kan kontakte os på telefon 70206121 eller via din personlige side Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2026.

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

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

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

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

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

ESG (environmental, social and governance)

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

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Further

Further Underwriting International, S.L.U. – det selskab, der står for ydelserne second opinion og concierge-ordning.

Ikrafttrædelsesdato

Den dato, dækningen starter, hvilket fremgår af forsikringsaftalen.

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

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

Forsikrede

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

Gældende dækningsperiode

Periode på 36 måneder, startende fra datoen for den første rejse til udlandet, der tilrettelægges og betales af forsikringen efter gyldig skadesanmeldelse. En særskilt dækningsperiode etableres pr. dækningsmodul (gældende dækningsperiode), når den første skadesanmeldelse for det relevante dækningsmodul er godkendt og resulterer i, at en rejse med henblik på behandling i udlandet tilrettelægges og betales af forsikringen.

Den gældende dækningsperiode er den periode, hvor forsikringsdækningen udbetales for alle godkendte skader under samme dækningsmodul.

Forsikringssum

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

1.1 Hvornår gælder forsikringen?

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

1.2 Medicinske definitioner

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

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

Vævsdannede produkter: Indeholder celler eller væv, som er modificerede, så de kan anvendes til at reparere, regenerere eller erstatte menneskevæv.

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

CAR-T-celleterapi (T-celleterapi med kimærisk antigenreceptor): behandlingstype, hvor patientens T-celler (en type immunsystemceller) ændres i et laboratorium, så de angriber kræftceller. T-celler tages fra patientens blod. Dernæst tilføres genet for en særlig receptor, som binder sig til visse proteiner på patientens kræftceller. Den særlige receptor kaldes en kimærisk antigenreceptor (CAR). Et stort antal CAR-T-celler dyrkes i laboratoriet og indsprøjtes i patienten.

Kognitive lidelser: lidelser, som svækker individets kognitive funktioner i en sådan grad, at det er umuligt at fungere normalt i samfundet uden behandling – som defineret i seneste udgave af Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

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

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

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

Medicinsk nødvendig: sundhedsydelse eller behandling, som den forsikrede er henvist til i forbindelse med en dækket sygdom eller udførelse af et dækket indgreb, som skal forbedre den forsikredes helbred og er anerkendt som egnet til at forbedre det helbredsmæssige resultat ifølge behandlingsplaner, som i forhold til type, hyppighed og varighed er i overensstemmelse med diagnosen i henhold til medicinsk litteratur. Sådanne sundhedsysdelser eller behandlinger skal være omkostningseffektive sammenlignet med alternative behandlinger, som giver lignende resultater – herunder ingen behandling – og være nødvendige af andre årsager end den forsikredes eller dennes læges bekvemmelighed. At en læge anbefaler, ordinerer, anviser eller godkender en sundhedsydelse eller behandling, fastslår ikke nødvendigvis alene, at ydelsen eller behandlingen er medicinsk nødvendig i henhold til denne forsikring.

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

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

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

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

2. Hvem er dækket af forsikringen?

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen. Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk eller frivillig ordning.

Obligatorisk gruppeforsikring

Den obligatoriske gruppeforsikring tegnes af en arbejdsgiver eller organisation for dennes medarbejdere eller medlemmer, hvor den enkelte medarbejder/det enkelte medlem optages direkte i kraft af gruppeaftalen.

Forsikringsregler for medarbejdere/medlemmer ved obligatorisk gruppeforsikring:

1. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere/medlemmer i alderen 18-66 år.
2. For medarbejdere/medlemmer over 66 år kræves der en specifik godkendelse fra forsikrings-selskabet.

Frivillig gruppeforsikring

Den frivillige gruppeforsikring tegnes ud fra en frivillig ansøgning fra personer i en frivillig gruppe, som defineres af virksomheden, eller ved at disse personer ikke afviser forsikringen.

Forsikringsregler for medarbejdere/medlemmer ved frivillig gruppeforsikring:

1. Forsikringen kan tegnes for medarbejdere/medlemmer i alderen 18-66 år.
2. En medarbejder/et medlem kan forsikres under gruppeaftalen og frem til følgende, alt efter hvad der indtræder først:
 - Pensionsalderen eller medlemskabets slutdato
 - Årsdagen for forsikringen efter medarbejderens/medlemmets fyldte 85. år.

Den forsikrede skal have:

1. Fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne)
2. Dansk sundhedskort
3. Ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser.

Eller den forsikrede skal have bopæl i Norge, Sverige eller Tyskland og have ret til at modtage ydelser svarende til de offentlige sygesikringsydelser via offentlig eller privat dækning i bopælslandet.

Alle ydelser under behandling i udlandet dækkes uden for Danmark og bopælslandet (hvis medarbejderen er bosat i Norge, Sverige eller Tyskland). Efter endt behandling i udlandet er medicin og efterbehandlingsydelser alene dækket i bopælslandet, medmindre medicin og/eller efterbehandling ikke er tilgængelig i bopælslandet, se afsnit 6.5.1 og 6.5.2.

Undtagelser vil fremgå af aftalen.

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 maksimalt 1 måned 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, som har folkeregisteradresse hos dig. Din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, som ikke har folkeregisteradresse hos dig, kan medforsikres, hvis din ægtefælle/samlever har tegnet en frivillig forsikring.

Din ægtefælle/samlever og dine børn kan også indtegnes i en obligatorisk eller frivillig ordning.

Børn

Børn kan medforsikres via den obligatoriske eller frivillige ordning, såfremt de er maksimalt 26 år på indtegningsstidspunktet, og kan være dækket frem til det fyldte 27. år.

Dækningen ophører ved følgende, alt efter hvad der indtræder først:

- Ophør af dækningen for den pågældende medarbejder af en given årsag, herunder fratrædelse, ophør af ansættelsesforholdet, pensionering, ophør af medlemskab eller bopælsændring
- Årsdagen for forsikringen efter barnets 27-års fødselsdag.

Ægtefælle/samlever

Ægtefælle/samlever kan medforsikres under den obligatoriske eller frivillige gruppeforsikring, såfremt ægtefælle/samlever er maksimalt 64 år på indtegnings tidspunktet, og kan være dækket frem til det fyldte 85. år.

Dækningen ophører ved følgende, alt efter hvad der indtræder først:

- Ophør af dækningen for den pågældende medarbejder af en given årsag, herunder fratrædelse, ophør af ansættelsesforholdet, pensionering, ophør af medlemskab eller bopælsændring
- Årsdagen for forsikringen efter ægtefælles/samlevers 85-års fødselsdag.

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

3. Dækningsmoduler

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

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

Ydelser

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

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

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

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

Dækkede sygdomme

3.1. Dækningsmodul 1: kræftbehandling

Forsikringen dækker behandling af nedenstående kræfttyper:

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

Obs.: Følgende dækkes ikke:

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

Dækkede behandlinger

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

3.2 Dækningsmodul 2: hjerte-kar-behandling

Bypass-kirurgi på kranspulsåren (myokardial revaskularisering)

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

Obs.: Behandling af følgende er ikke dækket:

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

Implantation eller udbedring af hjerteklap

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

3.3 Dækningsmodul 3: neurokirurgi

Intrakraniel og specifik rygmarvskirurgi

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

3.4 Dækningsmodul 4: transplantation

Organtransplantation fra levende donor

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

Obs.: Behandling af følgende er ikke dækket:

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

Knoglemarvstransplantation

Knoglemarvstransplantation (BMT) med knoglemarvsceller, som stammer fra den forsikrede (autolog knoglemarvstransplantation) eller fra en levende kompatibel donor (allogen knoglemarvstransplantation), eller transplantation af perifere blodstamceller (PBSCT).

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

4. Brug af forsikringen

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

Forsikringen giver dækning til den forsikrede, når følgende betingelser er opfyldt:

4.1 Dækningsperiode

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

4.2 Sygdommen må ikke være en allerede eksisterende sygdom

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

4.3 Medicinsk nødvendig behandling

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

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

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

4.4 Udgifter

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

4.5 Behandling arrangeres af Further

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

4.6 Medicinske udgifter

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

- Udgifter til medicin, der dækkes ifølge afsnit 6.5.1
- Udgifter til opfølgende pleje, der dækkes ifølge afsnit 6.5.2.

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

4.7 Undersøgelse og behandling skal godkendes

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

4.8 Rejser og udlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade, som er opstået på rejser eller under ophold i udlandet, og som ikke er relateret til den dækkede sygdom eller dækkede lægelige behandling. Se afsnit 6.2 (5) vedrørende komplikationer og bivirkninger.

4.9 Udeblivelse fra behandling

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

4.10 Igangværende og planlagt behandling

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

5. Procedure for skadesanmeldelse

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

5.1 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Skader kan anmeldes til Dansk Sundhedssikring på telefon 70206121.

Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet på telefon 70206121 eller via e-mailadressen sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.

Hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte Further på e-mailadressen claims@wegofurther.com.

5.2 Vurdering af dækning

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

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

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

5.3 Den forsikredes forpligtelser

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at kunne behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker.

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

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

5.4 Skadesvurdering og tilbud om hospitalsbehandling

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

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

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

- **Scenarie 1 – fuld dækning:**

Der er ikke tidligere anmeldt skade under det pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således fuld dækning i 36 måneder i den gældende dækningsperiode.

- **Scenarie 2 – delvis dækning:**

Der er tidligere anmeldt skade(r) under det pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen. Further bekræfter således dækning i de resterende måneder i den gældende dækningsperiode.

- **Scenarie 3 – den gældende dækningsperiode er udløbet:**

Der er tidligere anmeldt skade(r) under det pågældende dækningsmodul, som har medført en aftale om og betaling af behandling dækket af forsikringen, som er løbet frem til udløbet af den gældende dækningsperiode. Further bekræfter således, at skaden ikke er dækningsberettiget under forsikringen.

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

5.5 Behandling i udlandet: indledende lægeattest

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

Concierge-ordningen er en ordning, hvor Further – i forbindelse med en godkendt skade – arrangerer alle detaljer vedrørende den medicinske behandling af den forsikrede. Dette omfatter såvel sagsoverblik som tilrettelæggelse af rejse og ophold for den forsikrede og en godkendt ledsager.

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

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

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

5.6 Den gældende dækningsperiode

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

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

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

5.7 Hjemkomst fra behandling i udlandet

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

Den forsikrede vil herefter være berettiget til:

- Dækning af medicinudgifter, som fremgår af afsnit 6.5.1
- Dækning af udgifter til opfølgende pleje, som fremgår af afsnit 6.5.2, frem til udgangen af den gældende dækningsperiode.

5.8 Skadesvurdering efter hjemkomst fra behandling i udlandet

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

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

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

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

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

5.9 Samarbejde

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

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

6. Hvad dækker forsikringen?

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

Ydelserne skal være tilrettelagt, og udgifterne påført, i den gældende dækningsperiode.

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

6.1 Dækkede ydelser før rejse til behandling i udlandet

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

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

Der kan kun anmodes om én second opinion-ydelse pr. skade. Hvis den forsikrede anmoder om en second opinion, skal denne ydelse udføres, før en endelig bekræftelse af dækning af skaden kan foretages.

6.2 Dækkede behandlingsudgifter under behandling i udlandet

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

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

1. På et hospital:
 - Ophold, måltider og generel pleje ydet under den forsikredes ophold på en stue eller afdeling på hospitalet eller på en intensivafdeling eller overvågningsenhed
 - Andre hospitalsydelser, herunder dem, der ydes af hospitalets ambulante afdelinger (herunder tolkeydelser), samt ekstra sengeplads, såfremt hospitalet tilbyder denne service
 - Brug af operationsstue og dertil hørende ydelser.
2. På en klinik eller et uafhængigt sundhedscenter – dog kun hvis behandling, kirurgi eller ordination ville være dækket af forsikringen, såfremt ydelsen var leveret af et hospital.
3. Læge i forbindelse med undersøgelse, behandling eller kirurgi.
4. Lægebesøg under indlæggelse.
5. Ydelser, behandlinger og ordinationer:
 - Bedøvelse og håndtering af bedøvelse, såfremt dette udføres af en certificeret anæstesi-læge.
 - Laboratorieanalyse, patologi og røntgenbilleder til behandlingsformål, radioterapi, radioaktive isotoper, kemoterapi, ECG, EKG, myelogram, EEG, angiogram, CT-scanning og lignende tests og behandlinger, der er nødvendige i behandlingen af den dækkede sygdom, såfremt disse udføres af en læge eller under lægeligt opsyn.
 - Blodtransfusion, modtagelse af plasma eller serum.
 - Anvendelse af ilt, intravenøs opløsning og indsprøjtninger.
 - Strålebehandling: Højenergistråler, der får svulster til at skrumpe og slår kræftceller ihjel ved brug af røntgenstråler, gammastråler og ladede partikler, er former for stråler, der bruges i kræftbehandling – enten ved hjælp af et apparat uden for kroppen (ekstern strålebehandling), eller ved at radioaktivt materiale placeres i kroppen nær kræftcellerne (intern strålebehandling, brachyterapi).
 - Rekonstruktionskirurgi til reparation eller genopbygning af en struktur, der er blevet skadet eller fjernet ved de behandlinger, som forsikringen har tilrettelagt og betalt for.

- Komplikationer og bivirkninger, der har direkte sammenhæng med den behandling, som forsikringen har tilrettelagt og betalt for, og som:
 1. Kræver øjeblikkelig behandling på hospital eller klinik
 2. Kræver behandling, før den forsikrede er erklæret helbredsmæssigt i stand til at rejse tilbage til bopælslandet efter behandlingen i udlandet.
- 6. Medicin, der anvendes efter at være blevet ordineret, mens den forsikrede er indlagt til behandling af en dækket sygdom eller til undersøgelse. Medicin, der er ordineret til postoperativ behandling, er dækket i 30 dage fra den dato, hvor den forsikrede har afsluttet behandlingen i udlandet, og kun såfremt den er købt før hjemkomsten til bopælslandet.
- 7. Ambulancetransport til lands eller i luften, såfremt anvendelsen er anført og ordineret af en læge og forhåndsgodkendt af Further.
- 8. Ydelser over for en levende donor i løbet af den proces, hvor der fjernes et organ, som skal transplanteres i den forsikrede:
 - Analyse og test udført for at finde en passende donor inden for den forsikredes familie.
 - Hospitalsydelser, herunder ophold på hospitalsstue eller -afdeling, måltider, generel pleje, almindelige ydelser leveret af hospitalspersonale, laboratorietests og brug af udstyr og andre hospitalsfaciliteter (ekskl. artikler til personligt brug, som ikke er påkrævede i processen med at fjerne det organ eller væv, der skal transplanteres).
 - Kirurgi og behandling ved fjernelse af donors organ eller væv til transplantation i den forsikrede.
- 9. Ydelser og materialer i forbindelse med knoglemarvskulturer ved vævstransplantat til den forsikrede. Der ydes kun dækning for udgifter, der er påløbet fra og med datoen for udstedelse af den indledende lægeattest.

6.2.1 Force majeure

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

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

6.3 Dækkede ikke-behandlingsrelaterede udgifter under behandling i udlandet

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

Tilrettelagt rejse og ophold dækkes for den forsikrede samt 1 rejsefælle (eventuelt 2 rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig), hvor hver rejse omfatter rejsen fra bopælslandet til behandlingsdestinationen og tilbage samt nødvendigt ophold under hver enkelt rejse.

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

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

Rejseudgifter ved behandling i udlandet

For rejser uden for den forsikredes bopælsland er rejseudgifter dækket for den forsikrede samt 1 rejsefælle (eventuelt 2 rejsefæller, såfremt den forsikrede, der skal behandles, er mindreårig) og eventuelt den levende donor ved transplantation med det ene formål at modtage behandling i udlandet som godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Al tilrettelæggelse af rejse skal være foretaget af Further, og forsikringsselskabet betaler ikke for rejser tilrettelagt af den forsikrede eller af en tredjepart på den forsikredes vegne.

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

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

Dækkede rejseudgifter omfatter:

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

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

Dækkede opholdsudgifter ved behandling i udlandet

Udgifter er dækket for ophold uden for bopælslandet for den forsikrede, rejseledsageren (eller de 2 ledsagere, hvis den forsikrede er mindreårig) og den levende donor ved transplantation med det ene formål at modtage behandling i udlandet, der er godkendt af Further/forsikringsselskabet i den indledende lægeattest. Alt ophold i forbindelse med hver rejse, der er dækket af forsikringen, skal aftales med Further, og Further/forsikringsselskabet vil ikke betale for ophold, der er arrangeret af den forsikrede eller nogen tredjepart på vegne af den forsikrede.

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

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

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

Aftaler om ophold omfatter:

- Reservation af værelse med dobbeltseng eller 2 enkeltsenge på et 3- eller 4-stjernet hotel med morgenmad inkluderet.

(Valg af hotel vil være afhængigt af ledige værelser, og afstanden til hospitalet eller den behandlende læge skal være inden for en radius af 10 km).

Måltider (med undtagelse af morgenmad) og andre omkostninger på hotellet er ikke dækket. En eventuel opgradering på hotellet kan ikke finansieres af forsikringsselskabet.

Udgifter til hjemtransport

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

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

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

6.4 Økonomisk dækning under behandling i udlandet

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

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

6.5 Dækkede behandlingsudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

6.5.1 Dækkede medicinudgifter efter hjemkomst fra behandling i udlandet

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

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

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

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

Såfremt den anbefalede medicin (eller alternativt noget tilsvarende medicin med lignende virkning), som er godkendt af Further, ikke er bevilget eller godkendt i bopælslandet som nævnt i punkt 1 ovenfor eller ikke kan tilvejebringes eller er tilgængelig for den forsikrede i bopælslandet som nævnt i punkt 2, og alle øvrige betingelser i punkt 3 til og med punkt 7 stadig er opfyldt, vil forsikringen også dække udgifter til medicin uden for bopælslandet.

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

6.5.2 Efterbehandling og opfølgende pleje efter hjemkomst fra behandling i udlandet

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

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

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

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

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

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

På den forsikredes foranledning, og forudsat at punkt 3 og 4 ovenfor stadig overholdes, kan Further også godkende og aftale opfølgende pleje uden for bopælslandet. I så fald:

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

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Udgifter afholdt ved enhver sygdom og behandling, der ikke fremgår specifikt af afsnit 3.
- Udgifter til sygdomme eller personskade forårsaget som følge af krig, terrorhandlinger, seismiske bevægelser, uroligheder, oprør, oversvømmelse, vulkanudbrud såvel som direkte eller indirekte følger af kernereaktion eller eventuelle andre ekstraordinære eller katastrofale fænomener samt offentligt erklærede epidemier.
- Udgifter i forbindelse med alkoholmisbrug, narkotikamisbrug og/eller anvendelse af rusmidler forårsaget af misbrug af alkohol og/eller brug af psykofarmaka, narkotika eller hallucinogener.
- Følger og sygdomme, der opstår ved forsøg på selvmord og selvskade.
- Udgifter afholdt ved sygdomme eller lidelser, der er forårsaget med vilje eller svigagtigt, stammer fra forsikredes uagtsomme handlinger eller strafferetslige uforsigtighed eller er opstået under en kriminel handling.
- Skader, hvor den forsikrede forud for, under eller efter Further's skadesopgørelse ikke har fulgt den behandlende læges råd, ordinationer eller fastlagte behandlingsplan eller nægter at modtage nogen form for medicinsk behandling eller undergå yderligere diagnostiske analyser eller undersøgelser, som måtte være nødvendige for at stille en endelig diagnose eller fastlægge en behandlingsplan.
- Behandling af eksisterende sygdomme, defineret som enhver sygdom eller lidelse hos den forsikrede, som er anmeldt, undersøgt, diagnosticeret eller behandlet eller har vist relaterede lægeligt dokumenterede symptomer eller tegn inden for 5 år forud for forsikringens ikrafttrædelsesdato for hver forsikrede, som er indtegnet på policen.
- Medicinsk behandling, der omfatter genterapi, somatisk celleterapi, vævsdannet produktterapi og CAR-T-celleterapi.

- Eksperimentel behandling såvel som diagnostiske, terapeutiske og/eller kirurgiske procedurer, som ikke har vundet bred anerkendelse i den internationale forskningsverden som sikre, effektive og egnede til den pågældende sygdom eller lidelse, eller som indgår i kliniske forsøg.
- Behandlingsformer, der er påkrævet som følge af aids (acquired immune deficiency syndrome), hiv (human immunodeficiency virus) eller eventuelle følgevirkninger heraf (herunder Kaposi sarkom), eller anden behandling af aids eller hiv.
- Sundhedsydelser eller -udstyr, der ikke er medicinsk nødvendige for behandlingen af den dækkede sygdom.
- Enhver alternativ behandling, ydelse, levering eller ordination vedrørende en sygdom eller lidelse, hvor den bedste behandling er en transplantation dækket af forsikringen (dækningsmodul 4).
- Enhver sygdom eller lidelse forårsaget af den behandling, der er aftalt og betalt for under denne forsikring – med undtagelse af de tilfælde, hvor den pågældende sygdom eller lidelse er en dækket sygdom eller kræver en behandling, der er dækket i henhold til afsnit 3.
- Behandling af langvarige bivirkninger, lindring af kroniske symptomer eller genoptræning, herunder fysioterapi, mobilitetstræning samt sprog- og taleterapi.
- Følgende medicinudgifter (undtagelser fra afsnit 6.5.1):
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring
 - Omkostninger vedrørende administration af medicin
 - Udgifter til køb af medicin uden for bopælslandet, medmindre de udtrykkeligt er godkendt af Further/forsikringsselskabet
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringsselskabet med henblik på refusion, senere end 180 dage efter udgifterne blev afholdt.
- Følgende udgifter til opfølgende pleje (undtagelser fra afsnit 6.5.2):
 - Omkostninger, der dækkes af den offentlige sygesikring i bopælslandet eller af en anden forsikring hos Dansk Sundhedssikring
 - Udgifter, der afholdes i strid med de af Further fastsatte retningslinjer
 - Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt af Further
 - Fakturaer, der indsendes til forsikringsselskabet med henblik på refusion, senere end 180 dage efter udgifterne blev afholdt.
- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse, levering eller ordination af en hvilken som helst art i bopælslandet, med undtagelse af:
 - Udgifter til medicin, der dækkes i bopælslandet (afsnit 6.5.1)
 - Udgifter til opfølgende pleje, der dækkes i bopælslandet (afsnit 6.5.2).

- Udgifter, der afholdes i forbindelse med eller på grund af eventuel diagnosticering, behandling, ydelse, levering eller ordination af en hvilken som helst art i hele verden, når den forsikrede på tidspunktet for den pågældende skadesanmeldelse ikke kan betragtes som værende permanent/retmæssigt bosiddende i enten Danmark, Tyskland, Sverige eller Norge.
- Udgifter, der afholdes uden for den gældende dækningsperiode – med undtagelse af de i afsnit 6.5 nævnte forhold.
- Udgifter, der afholdes inden udstedelse af den indledende lægeattest.
- Udgifter vedrørende ophold på et andet hospital eller behandlingssted end det, der er godkendt eller nævnt i den indledende lægeattest.
- Udgifter, der afholdes i strid med afsnit 5 "Procedure for skadesanmeldelse".
- Udgifter vedrørende indlæggelsesydelser, kursteder, naturbehandlingssteder, hjemmesundhedspleje eller ydelser leveret på rekreationscenter, hospice eller plejehjem for ældre, selv hvis sådanne ydelser er påkrævede eller nødvendige som følge af en dækket sygdom eller behandling.
- Udgifter, der afholdes til køb (eller leje) af enhver form for protese eller ortopædisk anordning, korset, bandage, krykke, kunstigt led eller organ, paryk (selv når brugen heraf skønnes nødvendig under behandling med kemoterapi), ortopædisk fodtøj, tandprotese, brokbind og andet lignende udstyr eller andre lignende genstande – med undtagelse af brystproteser efter mastektomi og hjerteklapprotese, der skønnes nødvendig efter et kirurgisk indgreb, der er aftalt og betalt for under denne forsikring.
- Udgifter, der afholdes til køb eller leje af kørestol, specialseng, klimaanlægsapparat, luftrensere og andre lignende genstande eller udstyr.
- Medicin, der ikke er udleveret fra et certificeret apotek, eller som kan købes i håndkøb.
- Udgifter, der er afholdt til brug af alternativ medicin, selv når den er ordineret af en læge.
- Udgifter, der er afholdt til lægetilsyn eller indlæggelse i tilfælde af kognitive forstyrrelser, senilitet eller nedsættelse af hjernens funktion – uanset sygdommens udviklingsstadium.
- Honorar til tolk, telefon og andre udgifter til personligt behov, som ikke vedrører lægebehandling, eller andre ydelser, der leveres til familie, pårørende eller øvrige ledsagere.
- Udgifter, der afholdes af forsikrede, pårørende eller øvrige ledsagere, med undtagelse af dem, der udtrykkeligt dækkes af forsikringen.
- Behandlingsudgifter, der prismæssigt ikke er sædvanlige og rimelige.
- Udgifter vedrørende ophold og transport, der er arrangeret af den forsikrede, rejseledsageren eller en levende donor.

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 skadessager foregår enten telefonisk eller via korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 Forsikringssum

Forsikringssummen fremgår af forsikringsaftalen. Beløbet er angivet for hver forsikrede. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes der ikke yderligere udgifter. Forsikringssummen gælder som et samlet maksimum, uanset om der er tegnet flere dækninger eller 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. Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

Gebyr for serviceydelser

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

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

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

8.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

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

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

Præmiereguleringen kan ske ud over indeksering og lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb, efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet gælder for 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, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede pris.

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

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

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

8.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

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

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

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i 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, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Undersøgelse og behandling af sygdom/skade, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder efter forsikringens ophør. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger, f.eks. lægehenvielse. Dette gælder i alle tilfælde – 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, hvortil der er betalt dækning, i de tilfælde, hvor den hovedforsikrede træder ud af ordningen. Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 27 år, er dækket frem til næste betalingsperiode.

Videreførelse af forsikringen

Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsordningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre din forsikring på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private. Dit ønske om videreførelse skal ske inden eller i direkte forbindelse med udmeldingen af den hidtidige forsikringsaftale. Anmodningen om videreførelse skal være virksomheden i hænde senest 15 dage efter den dato, hvor virksomhedsordningens dækning ophører.

Refusion af udgifter

Regninger for godkendt behandling og/eller transport skal altid være indsendt senest 180 dage efter betalingsdatoen, for at du er berettiget til refusion.

8.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker.

Hvis du flytter, skal vi have besked om dette.

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

Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

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

Medforsikrede ægtefæller/samleverer har pligt til at oplyse os, hvis de bliver skilt fra eller flytter væk fra den medarbejder, som er omfattet af ordningen.

Når du fratræder din stilling

Du har pligt til at oplyse os om, hvis du er fratrådt eller fratræder virksomheden, ved anmeldelse af sygdom/skade, eller hvis du anmoder om behandling.

Forsikringen dækker godkendte skader, der er anmeldt i forsikringstiden, i op til 6 måneder fra datoen, hvor du fratræder virksomheden.

Du kan ansøge om at få videreført forsikringen, jf. afsnit 8.5.

Dobbeltforsikring

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

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning. Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

På vores hjemmeside 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 og offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, forsikringsselskaber, pensionsselskaber og sundhed.dk. Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

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

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

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

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

Lovvalg

Forsikringen følger dansk lovgivning, herunder forsikringsaftaleloven og lov om forsikringsvirksomhed. Uenighed om forsikringsaftalen afgøres efter dansk ret ved de danske domstole og efter retsplejelovens regler om værneting.

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

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

8.12 Hvis du vil vide mere

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

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

