

Betingelser - Arbejde

Sundhedsordning

Sundhedsordning Arbejde

Indholdsfortegnelse

	Side		Side
1		Aftalegrundlag	3
1.1	3	Hvornår gælder forsikringen	
1.2	3	Arbejdsrelateret dækning	
2		Hvem er dækket af forsikringen	3
2.1	3	Til- og afmelding af medarbejdere	
3		Hvor dækker forsikringen	4
4		Brug af forsikringen	4
4.1	4	Behandling skal godkendes	
4.2	4	Akut behandling er ikke dækket	
4.3	4	Rejser og udenlandsophold	
4.4	4	Udeblivelse fra behandling	
4.5	4	Igangværende og planlagt behandling	
4.6	4	Udgifter til behandling	
4.7	4	Valg af behandler	
4.8	5	Anmeldelse af skade	
5		Dækning på sundhedsordningen	5
5.1	5	Tværfaglig behandling af lidelser i bevægeapparatet	
5.2	6	Sundhedsfaglig rådgivning om sundhed og sygdom	
5.3		Guide til det offentlige sundhedsvæsens behandlingstilbud	6
5.4		Misbrugsrådgivning	6
5.5		Telefonisk psykologhjælp	6
5.6		Akut krisehjælp	6
6		Hvad forsikringen ikke dækker	6
7		Generelle bestemmelser	7
7.1		Forsikringens varighed	7
7.2		Forsikringssum	7
7.3		Betaling af forsikringen	7
7.4		Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	7
7.5		Opsigelse og ophør af forsikringen	7
7.6		Oplysningspligt	8
7.7		Behandling af personoplysninger	8
7.8		Behandling af helbredsoplysninger	8
7.9		Urigtige oplysninger	9
7.10		Forældelse	9
7.11		Klagemuligheder	9
7.12		Hvis du vil vide mere	9

1 Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2019 og erstatter tidligere forsikringsbetingelser.

Forsikringsaftalen er tegnet gennem Dansk Sundheds-sikring A/S, CVR-nr. 34739307, som agent for AXA France Vie, Paris Trade and Companies Register No. 310 499 959.

Aftalen med AXA France Vie udgøres af 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, indgået via Dansk Sundhedssikring A/S som agent, gælder mellem AXA France Vie og den virksomhed, forening eller organisation, der står som forsikringstager i policen.

Forsikringstager har pligt til at informere de forsikrede medarbejdere om, hvad forsikringen omfatter.

Forsikringstager dækker i betingelserne over den person eller den virksomhed, som har indgået aftalen med Dansk Sundhedssikring, ofte benævnt vi/os.

Forsikrede dækker i betingelserne over de medarbejdere i en virksomhed, som er omfattet af forsikringen, ofte benævnt du/dig/din.

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.

Forsikringen omfatter de personer, der er nævnt i forsikringsaftalen. Forsikringen kan tegnes til medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse. Medarbejdere ansat i fleks- eller skånejob er omfattet, men ikke med hensyn til de lidelser, som er årsagen til, at medarbejderen er i fleks- eller skånejob, medmindre andet gælder for aftalen.

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

Sundhedsordningen lever op til kravene i overenskomster defineret ved Pension Danmark sundhedsordningen, når dækningen for både arbejde og fritid er tegnet.

1.1 Hvornår gælder forsikringen

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

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

1.2 Arbejdsrelateret dækning

Sundhedsordning Arbejde dækker rimelig og nødvendig behandling af arbejdsrelaterede gener. Det betyder, at der skal være en direkte arbejdsmæssig sammenhæng 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.

offentlige sygesikringsydelser eller være grænsegængere fra Sverige, Norge eller Tyskland. Afvigelser fra dette vil fremgå af aftalen med virksomheden.

Forsikringen dækker udelukkende sygdomme, skader og lidelser, der er relateret til den virksomhed, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

2.1 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal altid løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen og sikre, at vi har en opdateret liste over de medarbejdere, som er omfattet af ordningen.

Dansk Sundhedssikring giver mulighed for at regulere omkostningsfrit 2 gange i forbindelse med fornyelsen ved hovedforfald. Ønskes der regulering udover dette, vil der blive opkrævet et reguleringsgebyr på 2500 kr. pr. regulering. Der kan kun reguleres i den igangværende

årsperiode og max 3 måneder tilbage i tiden. Virksomheden betaler for skadesudbetalinger som Dansk Sundhedssikring har afholdt for medarbejdere, som er afmeldt tilbage i tid.

3 Hvor dækker forsikringen

Forsikringen dækker behandling i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne).

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, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

4.1 Behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende 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.

4.2 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder behandling, som kræver hurtig assistance og som ikke kan afvente planlagt behandling, f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde og knoglebrud. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, Lægevagten, Akuttelefonen eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.3 Rejser og udenlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til 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.

4.4 Udeblivelse fra behandling

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

4.5 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke.

4.6 Udgifter til behandling

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

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

4.7 Valg af behandler

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

Behandlingen skal foregå i Danmark, og valg af behandler/behandlingssted skal være efter aftale med os. Der dækkes behandling i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Psykologbehandling dækkes kun i vores netværk. Ved behandling i vores netværk, tilbydes du normalt en tid inden for 4-5 hverdage.

Alle behandlinger skal være udført af sundhedsfaglige behandlere autoriseret efter dansk ret, medmindre andet følger af den enkelte dækning. Behandlingerne skal være udført af en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som har autorisation fra Sundhedsstyrelsen, af RAB-godkendt zoneterapeut eller ved en registreret fysiurgisk massør.

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

4.8 Anmeldelse af skade

Anmeldelse af sygdom/skade skal altid ske i forsikrings-tiden. Du skal ved anmeldelse af skade altid informere os om, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden.

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.

5 Dækning på sundhedsordningen

Dette afsnit indeholder dækningerne på sundhedsordningen, som sammen med de samlede øvrige betingelser gælder for produkterne under sundhedsordningen.

Sundhedsordningen dækker fysiske behandlinger for gener i bevægeapparatet inden for:

- Fysioterapi
- Kiropraktor
- Zoneterapi
- Massage

Sundhedsordningen dækker desuden:

- Sundhedsfaglig rådgivning om sundhed og sygdom
- Guide til det offentlige sundhedsvæsens behandlingstilbud
- Misbrugsrådgivning
- Telefonisk psykologhjælp
- Akut krisehjælp

De enkelte dækninger er nærmere beskrevet i de følgende afsnit.

5.1 Tværfaglig behandling af lidelser i bevægeapparatet

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

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

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte sundhedsteamet 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.

Du kan få behandlinger hos kiropraktor, fysioterapeut, zoneterapeut eller fysiurgisk massør.

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

Hvis du inden for 12 måneder har fået 15 behandlinger for den samme skade, skal du kontakte din egen læge, som skal vurdere om du får den rigtige behandling og om behandlingen skal fortsætte. Vi kan bede om en skriftlig henvisning eller anbefaling fra din læge. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer, er nødvendige for at anslå, om skaden er dækket af forsikringen, og om behandlingen har den ønskede effekt.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker op til 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. 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.

Forsikringen dækker dine faktiske udgifter til behandlingen. Har du en henvisning til fysioterapi og anvender en behandler med overenskomst med sygesikringen (ydernummer), dækker vi din egenbetaling efter tilskud fra sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker vi behandlerens takst, dog maksimalt 450 kr. for første behandling og 300 kr. for efterfølgende behandlinger. For kiropraktik dækker vi maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik. For zoneterapi kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling og for fysiurgisk massage maksimalt 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

Hvis der ikke er en passende netværksklinik inden for 20 kilometer fra din bopæl eller din arbejdsplads, hjælper vi dig gerne med at finde en behandler uden for vores netværk, der ligger tættere på. Der vil i dette tilfælde ikke være en grænse på 10 årlige behandlinger pr. kalenderår pr. behandlingsform.

5.2 Sundhedsfaglig rådgivning om sundhed og sygdom

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

6 Hvad forsikringen ikke dækker

- Akut behandling.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske- og kognitive tests og lignende.
- Udgifter til lægehenvvisninger, lægeanbefalinger, lægeerklæringer og speciallægeerklæringer.
- Udgifter til behandling uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg).
- Udgifter til indlæg, såler, måtter, tape, bandager og lignende.
- Udgifter til tillægsydelser som f.eks. shockwave, laserbehandling, ultralyd og akupunktur.
- Udgifter til hjælpemidler.
- Scannings- og røntgenudgifter.
- Transport- og rejseudgifter.
- Behandlinger udført af dig, familiemedlemmer, kollegaer eller en virksomhed, der tilhører en af disse.
- Gebyrer ved manglende eller for sent afbud til behandlinger.

5.3 Guide til det offentlige sundhedsvæsens behandlingstilbud

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholder-koncept, tilbydes telefonisk vejledning om det offentlige sundhedssystemets behandlingstilbud, herunder muligheder, patientrettigheder, klageprocedurer, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg og udrednings- og behandlingsgarantier. Sundhedsteamet hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, tidsbestilling og hjælp til at finde relevante offentlige behandlingstilbud eller anden assistance, hvis du har brug for det. Via vores store overblik over det offentlige sundhedsvæsen, kan vi guide dig hurtigt og rigtigt igennem dit behandlingsforløb.

5.4 Misbrugsrådgivning

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

5.5 Telefonisk psykologhjælp

Forsikringen tilbyder telefonisk individuel rådgivning om problemer opstået på grund af dit arbejde ved psykologer og psykoterapeuter med særlig ekspertise inden for f.eks. stress, trivsel, afskedigelse, mobning og konflikter på arbejdspladsen. Vi henviser til en behandler i vores kvalitetssikrede netværk. Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger pr. sygdom/skade ud fra en faglig vurdering.

5.6 Akut krisehjælp

Forsikringen tilbyder akut krisehjælp, hvis du har fået en akut krise, fordi der for eksempel er sket en arbejdsulykke. Anmeldelse skal ske til sundhedsteamet. Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil der blive etableret telefonisk kontakt med en krisepsykolog i vores netværk inden for 3 timer, efter anmeldelsen er godkendt. I andre tilfælde kan vi henvise dig til almindelig psykologhjælp, jf. punkt 5.5 "Psykologhjælp".

- Omkostninger som skyldes, at du udebliver fra behandling.
- Gener opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport (sportsudøvelse, hvor du kontraktmæssigt aflønnes af sportsklub eller sponsorer, hvor hovedindtægten kommer fra sporten).
- Udgifter til skader fremkaldt ved fortsæt eller ved grov uagtsomhed.
- Udgifter til skader opstået ved strafbare handlinger.
- Eksperimentel behandling.
- Udgifter til gener, der ikke direkte skyldes dit arbejde.

7 Generelle bestemmelser

7.1 Forsikringens varighed

Forsikringen gælder for et år ad gangen og bliver automatisk fornyet ved hovedforfaldsdatoen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 100.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

7.3 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen. Vi sender en opkrævning til den oplyste e-mailadresse eller ved elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse. Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked. Vi har ret til at få dækket eventuelle udgifter til porto.

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

Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige betalingsdag, så sender vi en rykkerskrivelse med betalingsfrist senest 7 dage, efter at rykkerskrivelsen er sendt. Vi har ret til at opkræve et rykkergebyr.

Hvis forsikringen ikke betales, senest 7 dage efter at rykkerskrivelsen er sendt, så sender vi en påmindelse med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen samt rykkergebyret ikke er betalt, senest 21 dage efter at påmindelsen er sendt.

Såfremt dækningen ophører, vil anmeldte og godkendte skader blive færdigbehandlet efter de gældende regler, jf. punkt 7.5 "Opsigelse og ophør af forsikringen".

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

Hvis 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 forsikringen 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 Sundhedsikring.

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 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.

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer som er tegnet for et år ad gangen bliver automatisk fornyet fra hovedforfaldsdatoen, medmindre forsikringen opsiges af forsikringstager eller af Dansk Sundhedssikring. Medmindre andet er aftalt, indgås der en årspolice med årlig opgørelse af debitering eller kreditering. Medarbejdere skal til- og afmeldes månedsvis.

Forsikringstager kan opsiges forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned.

Dansk Sundhedssikring kan opsiges forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned.

Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsiges 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 under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem virksomheden og Dansk Sundhedssikring ophører.

Dækning efter ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, så mister du retten til dækning. Dette gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter forsikringens ophør. Der kan ikke anmeldes nye skader.

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

Regninger for behandlinger skal altid være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandlingsdato for at være berettiget til refusion. Der dækkes kun udgifter til behandlinger udført i forsikringstiden.

7.6 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, og vurdere i hvilket omfang forsikringen dækker. Får vi ikke de nødvendige oplysninger, bortfalder retten til dækning. 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.

Ved anmeldelse af skade skal du altid informere os, hvis du ikke længere er ansat i virksomheden. Forsikringen dækker ingen udgifter til behandlinger efter forsikringens ophør. Det gælder også allerede anmeldte og godkendte skader, som kræver behandling efter ophørsdatoen. Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til behandlinger modtaget efter ophørsdatoen for forsikringen.

Dobbeltforsikring

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

Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette i forbindelse med, at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidiær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

7.7 Behandling af personoplysninger

Vi behandler dine personoplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Når du tegner en forsikring hos os, indhenter vi en række oplysninger i forbindelse med indtegnning, anmeldelse af skade og brug af vores digitale platforme, f.eks. CPR-nr., telefonnummer, e-mailadresse, 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.

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

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

7.9 Urigtige oplysninger

Forsikringen forudsætter korrekte oplysninger. Hvis du ved forsikringens oprettelse eller på et senere tidspunkt afgiver urigtige oplysninger, eller fortier oplysninger, gælder bestemmelserne i Forsikringsaftaleloven, og dækningen kan helt eller delvist bortfalde efter vores afgørelse.

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

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

Din klage vil hurtigst muligt og senest inden for 7 hverdage blive behandlet af en klageansvarlig. Du kan sende din klage til: klage@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.

vis du derefter ønsker at klage over den afgørelse, som den klageansvarlige har truffet, kan du klage til Ankenævnet for Forsikring. Det koster et gebyr at klage til ankenævnet, og klagen skal indsendes på et særligt klageskema, som du får hos ankenævnet. Adressen er følgende:

Ankenævnet for Forsikring
Anker Heegaards Gade 2
1572 København V

Telefon 33 25 89 00 mellem 10.00 og 13.00
www.ankeforsikring.dk

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.

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