

Betingelser – privat

Sundhedsforsikring

Privat

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	5
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	7
1.2	Hvad dækker forsikringen?	7
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	8
2.1	Medforsikrede	8
2.2	Kollektiv børnedækning	8
2.3	Karensbestemmelser	8
3.	Hvor dækker forsikringen?	9
4.	Brug af forsikringen	10
4.1	Lægehenviisning og dokumentation	10
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	10
4.3	Akut behandling er ikke dækket	10
4.4	Rejser og udlandsophold	11
4.5	Udeblivelse fra behandling	11
4.6	Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling	11
4.7	Udgifter til behandling	11
4.8	Valg af behandler og behandlingsmetode	13
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	14
4.10	Anmeldelse af skade	14
5.	Hvad dækker forsikringen?	15
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	15
5.2	Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom	16

5.3	Graviditetsrådgivning	16
5.4	Kroniske sygdomme	17
5.5	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	17
5.6	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	17
5.6.1	Efterkontrol	20
5.6.2	Reoperation	20
5.6.3	Second opinion	21
5.6.4	Medicinudgifter	21
5.6.5	Midlertidige hjælpemidler	21
5.6.6	Genoptræning	21
5.6.7	Rekreation	22
5.6.8	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	23
5.6.9	Transportudgifter	23
5.7	Fysisk sundhed	24
5.8	Mental sundhed	26
5.8.1	Akut krisehjælp	31
5.9	Hospice og terminal pleje	32
5.10	Tandbehandling	32
5.11	Personlige sundhedsprogrammer	33

6. Tilvalgsdækninger 34

6.1	Tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist	34
6.2	Tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvi- sning	35
6.3	Tilvalg C: misbrugsbehandling	37
6.4	Tilvalg E: privathospitalsdækning	38
6.5	Tilvalg F: behandling af kroniske lidelser	39
6.6	Tilvalg G: online lægevagt	42

7.	Hvad forsikringen ikke dækker	44
8.	Generelle bestemmelser	49
8.1	Forsikringens varighed	49
8.2	Forsikringssum	49
8.3	Betaling af forsikringen	49
8.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	50
8.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	51
8.6	Oplysningspligt	52
8.7	Behandling af personoplysninger	52
8.8	Behandling af helbredsoplysninger	53
8.9	Urigtige oplysninger	53
8.10	Forældelse	53
8.11	Klagemuligheder	53
8.12	Hvis du vil vide mere	54
8.13	Fortrydelsesret	54

Kontakt Dansk Sundhedssikring

Du kan kontakte os på telefon 70206121 eller via brugerportalen 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 A/S og den person, der står som forsikringstager i policen.

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

Forsikringstager modtager information fra Dansk Sundhedssikring om forsikringen og om, hvordan den bruges.

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".

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".

Børn

Når der under forsikringens dækninger henvises til "børn", menes der i disse forsikringsbetingelser udelukkende børn, der er tilmeldt sundhedsforsikringen, herunder kollektive børn, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Udstationering

Ved udstationering forstås, at en arbejdsgiver i Danmark midlertidigt sender en ansat medarbejder til at udføre arbejde i et andet land, mens ansættelsesforholdet fortsat består.

Bevægeapparatet

Ved bevægeapparatet menes i disse forsikringsbetingelser de store muskelgrupper, led og sener i ryg, nakke, skuldre, albuer, håndled, hofter, knæ og fodled.

Blended care (kombineret behandling)

Ved blended care forstås i disse forsikringsbetingelser en behandlingsform, hvor fysisk fremmøde kombineres med digitale værktøjer, herunder online behandling, apps, videoopkald, e-mails, chat, digitale øvelser, digitale platforme samt andre tilsvarende eller fremtidige digitale behandlingsformer.

Kroniske sygdomme/lidelser/tilstande

Ved kroniske sygdomme/lidelser/tilstande forstås vi sygdomme, lidelser og tilstande, som vores læger vurderer som vedvarende, og som ikke kan kureres og ikke går væk med behandling, eller hvor der ikke findes en helbredende behandling, og/eller hvor der er et vedvarende eller et tilbagevendende behandlingsbehov.

Almen fysioterapi

Almindelig fysioterapi (speciale 51), jf. praksisoverenskomsten for fysioterapi.

Almen kiropraktik

Almindelig kiropraktik (speciale 53), jf. praksisoverenskomsten for kiropraktik.

Netværk

Vores behandlernetværk i form af et netværk af leverandører og behandlere, som vi har indgået en aftale med.

Rusmidler

Hermed menes rusmidler, der er omfattet af lov om euforiserende stoffer, såsom cannabis, heroin og kokain. Lightergas, lattergas og lignende gasarter er ikke omfattet.

Vederlagsfri fysioterapi

Ordning, som er vedtaget på finansloven, og som giver adgang til vederlagsfri (gratis) lægehenvist fysioterapi for personer med svært fysisk handicap samt fysioterapi for personer uden svært fysisk handicap, men med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi.

Sundhedsstyrelsen

Den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

Specialeplanen

Specialeplan, som er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen i henhold til sundhedsloven, med en oversigt over, hvilke sygehuse og private hospitaler der må varetage de såkaldte specialefunktioner, f.eks. udføre visse operationer og undersøgelser.

1.1 Hvornår gælder forsikringen?

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

1.2 Hvad dækker forsikringen?

Vi tilbyder sundhedsforsikring og sundhedsrådgivning med en bred vifte af inhouse sundhedsfaglige kompetencer og sundhedsydelser hos ét samlet sundhedshus.

Med din sundhedsforsikring får du hjælp, rådgivning og værktøjer til at forebygge og behandle skader og passe godt på dit helbred.

Vores sundhedsfaglige guider til den rette hjælp, rådgivning eller behandling og er klar til at hjælpe med alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også dem, som forsikringen ikke dækker.

Sundhedsteamet hjælper med rådgivning og behandling ud fra den nyeste sundhedsfaglige og evidensbaserede viden og erfaring, herunder vurdering af behandlingsbehov, behandlingsmetode, forebyggelse og nedbringelse af overbehandling.

Du får hurtig adgang til faglig rådgivning, fleksible behandlingstilbud og digitale sundhedsløsninger som apps, online behandlings- og rådgivningstilbud, træningsvideoer og digitale kurser.

Rådgivning om og forebyggelse af sygdom, skade og mistrivsel er integreret i mange af vores rådgivningstilbud for at gøre ydelserne mere tilgængelige og bæredygtige.

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

2. Hvem er dækket af forsikringen?

Forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelser og have et dansk sundhedskort eller have fast bopæl i Norden eller Tyskland og have ret til at modtage ydelser svarende til de offentlige sygesikringsydelser i bopælslandet, medmindre du er udstationeret.

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

2.1 Medforsikrede

Det er muligt at medforsikre ægtefælle/samlever/børn til en særskilt pris. Børn, der kan indtegnes, er dine biologiske børn og/eller adoptivbørn, uanset bopæl, og din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der har folkeregisteradresse hos dig. Din ægtefælles/samlevers biologiske børn og/eller adoptivbørn, der ikke har folkeregisteradresse hos dig, kan medforsikres, hvis din ægtefælle/samlever har tegnet en forsikring. Børn kan medforsikres til det fyldte 24. år.

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

2.2 Kollektiv børnedækning

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

Plejebørn kan omfattes, hvis de har samme folkeregisteradresse som hovedforsikrede.

Den kollektive børnedækning ophører, hvis din dækning ophører.

2.3 Karensbestemmelser

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

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring. Dette gælder dog ikke ved kroniske lidelser.

Forsikringen tilbyder sundhedsrådgivning og hjælp til alle typer af sundheds- og helbredsproblemer – også i karenperioden.

For børn dækker forsikringen udelukkende undersøgelse og/eller behandling af lidelser eller behov, der er opstået efter barnets fødsel.

3. Hvor dækker forsikringen?

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling i Danmark, og vi henviser til et behandlingssted i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg/tillæg. Valg af behandlingssted skal altid være efter aftale med os, og vi kan beslutte, at det skal være hos en bestemt behandler eller på et bestemt behandlingssted. Ved nogle behandlingsformer kan du dog selv vælge behandler. Dette vil fremgå af den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg/tillæg.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering og efter samråd med vores læger kan vi i visse tilfælde vælge at dække rimelig og relevant undersøgelse og/eller behandling på et privathospital eller hos en privat speciallægeklinik i Norden, England og EU, hvis der ikke er et rimeligt behandlingssted i Danmark og hvis vi finder det rimeligt og forsvarligt.

Behandlingsformen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen i Danmark eller leve op til samme kvalitetsstandard som på akkrediterede danske privathospitaler og privatklinikker. Undersøgelse og/eller behandling skal være i overensstemmelse med lignende undersøgelse og/eller behandling, som anvendes, og som vi godkender, i Danmark.

Det er en betingelse for dækning, at udgifterne er almindelige og rimelige og ligger på et niveau, der efter vores vurdering svarer til niveauet i det land, hvor behandlingen finder sted.

Valg af behandlingssted sker efter aftale med os, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6 "Undersøgelse og behandling hos speciallæge".

Er du bosat i Norden eller Tyskland, dækker vi godkendt behandling hos en fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog i bopælslandet, medmindre der gælder særlige bestemmelser for den enkelte dækning eller det enkelte tilvalg/tillæg. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/ takster. Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. Vi kan f.eks. i en række tilfælde henvise til telefonisk, online eller fysisk behandling.

Øvrige behandlingsformer dækkes kun i Danmark, medmindre andet fremgår af aftalen.

Udstationerede

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

Under udstationering/ophold i udlandet kan den forsikrede og eventuelle medforsikrede tilbydes adgang til forsikringens digitale rådgivnings- og sundhedsløsninger ud fra en faglig vurdering samt ud fra de gældende bestemmelser for de enkelte afsnit.

4. Brug af forsikringen

Forsikringen består af en basisdækning samt en række tilvalg. De nævnte tilvalgsdækninger er kun omfattet, hvis det fremgår af forsikringsaftalen/policen.

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

4.1 Lægehenvi sning og dokumentation

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

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

For børn under 2 år samt gravide kan vi ud fra en sundhedsfaglig vurdering og i relevante tilfælde stille krav om, at en læge har vurderet behandlingsbehovet.

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Forsikringen dækker udelukkende udgifter til undersøgelse og/eller behandling, som vi på forhånd har godkendt. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig godkendelse. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

Behandlingsstedet skal altid være godkendt af os. Hvis vi ikke har godkendt behandlingsstedet, kan vi afvise dækning.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Behov for akut behandling af somatiske og psykiske tilstande og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder ambulance-, vagtlæge- og skadestuesituationer, selvmordsforsøg, udtalte trusler om at begå selvmord samt skader/lidelser, som kræver assistance/undersøgelse/diagnostik og/eller behandling tidligere end garantien på 10 hverdage og/eller ikke kan vente på planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, hjernerystelse, faldtraumer, knoglebrud, blodprop/mistanke om blodprop, TCI, hjerneblødning, hjertesygdom, lammelser, akutte føleforstyrrelser og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom.

Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, lægevagten, akuttelefonen eller skadestuen eller ringe 112.

Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".

4.4 Rejser og udlandsophold

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

Der dækkes ikke rejseudgifter i udlandet, herunder private udgifter såsom udgifter til hotelophold og til ledsager samt ledsagerophold, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.

Der dækkes kun transportudgifter i Danmark, jf. bestemmelserne i afsnit 5.6.9 "Transportudgifter".

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt undersøgelse og behandling

Undersøgelser og behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Det gælder også for kollektive børn.

Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringsselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen.

Forsikringen dækker ikke undersøgelser og behandlingsforløb, der er i gang hos tidligere forsikringsselskab, når forsikringen købes.

Når vi overtager en skade fra dit tidligere forsikringsselskab, vil den være dækket ud fra vores gældende forsikringsbetingelser.

4.7 Udgifter til behandling

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

Behandlingerne skal efter vores vurdering være rimelige og nødvendige og forventeligt kunne kurere lidelserne eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden.

Behandlinger af forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende karakter er ikke dækket, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Forsikringen indeholder derimod forebyggende tilbud og rådgivning, som har til formål at forebygge skader og passe godt på dit helbred.

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

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

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

Fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling

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

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning dækkes, hvis vi vurderer, at det er relevant som en del af behandlingen. I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

Hvis behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved genoptræning og behandling i vores netværk, og hvis du er omfattet af tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvvisning og/eller tilvalg F: behandling af kroniske lidelser.

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

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer) dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1.000 kr. pr. behandling.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Ovenstående bestemmelser gælder for de samlede forsikringsbetingelser, herunder forsikringens tilvalgsdækninger, men de nærmere regler og undtagelser fremgår af de enkelte dækninger.

Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler og behandlingsmetode

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

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

Vi kan tilbyde forskellige behandlingsformer og rådgivningsmuligheder, herunder også digitale tilbud. Aldersgrænsen for telefonisk og online behandling er 15 år.

Vi anviser et undersøgelses- og/eller behandlingssted i vores kvalitetssikrede netværk, medmindre andet fremgår af aftalen eller den enkelte dækning. Ved en række behandlingsformer kan du dog selv vælge behandler. Dette fremgår under de enkelte dækninger.

For børn gælder, at der kun kan tilbydes behandling i netværket hos de behandlere, der tilbyder behandling til børn.

Du kan ikke selv vælge at skifte mellem behandling hos en selvvalgt behandler og behandling hos en behandler i vores netværk undervejs i et behandlingsforløb.

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

Ved behandling i vores netværk bestræber vi os på, at din behandling påbegyndes inden for 4-5 hverdage og maksimalt inden for 10 hverdage.

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

Der dækkes kun behandling, som den offentlige sygesikring har godkendt i relation til det offentlige sundhedsvæsen, og som er godkendt af de offentlige sundhedsmyndigheder i Danmark. Behandlingerne skal altid foregå efter metoder med dokumenteret effekt og indgå i aftalen med den offentlige sygesikring.

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os og være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens specialeplan og de nationale kliniske retningslinjer.

Der dækkes ikke alternative og/eller eksperimentelle behandlinger, der ikke er anerkendt til behandling af den pågældende sygdom/lidelse i henhold til en generel medicinsk vurdering, eller som ikke er beskrevet i de nationale kliniske retningslinjer og/eller er hyppigt anvendt og/eller rutinemæssigt udføres i det offentlige sundhedsvæsen.

Forsikringen dækker ikke udgifter til konsultation og/eller behandling hos praktiserende læger, speciallæger i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed, eller eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropsterauteur eller andre alternative behandlere.

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

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

Undersøgelse og behandling skal altid være sundhedsfagligt/lægeligt begrundet, og vi kan bede om en skriftlig henvisning eller en lægelig anbefaling, medmindre andet fremgår af dækningen.

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

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

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

Vi kan ud fra en faglig vurdering enten afvise at dække behandling, hvis problemet ikke kan afhjælpes, eller stoppe et behandlingsforløb, hvis vi vurderer, at behandlingen ikke har en væsentlig virkning.

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade på er at anmelde den online via vores hjemmeside. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde fra dag til dag.

Hvis du har spørgsmål om din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via brugerportalen på vores hjemmeside.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os hele døgnet på vores hovednummer. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon.

Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.

5. Hvad dækker forsikringen?

Afsnittet indeholder de forskellige basisdækninger.

De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle dækninger, men der er særlige regler og undtagelser, som gælder for de enkelte dækninger.

Dækningerne er beskrevet i de følgende afsnit:

5.1 SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning

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

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

Sundhedsteamet kan bl.a. hjælpe med rådgivning om sundhed og helbred, trivselsproblemer, stress og stressforebyggelse, misbrugsproblemer, smerter og smertebehandling, graviditet, hjernerystelse, overgangsaldergener, kost, livsstilsændringer, behandlingsforløb og ledelsesudfordringer samt rådgive om relevante tilbud til kræfttramte, samtalegrupper, inspiration til mentale øvelser, kostvejledning og træning.

Vores sygeplejersker og fysioterapeuter kan også rådgive om fysisk aktivitet og stillesiddende tid til unge, voksne, ældre og gravide, og hvordan fysisk aktivitet kan lindre mange symptomer, og give adgang til materialer, træningsvejledning, træningsvideoer og en evidensbaseret træningsapp.

Vi tilbyder også forskellige målrettede rådgivningslinjer og -tilbud, som du finder mere information om under de forskellige dækninger:

- Graviditetsrådgivning
- Forebyggende stress- og trivselslinje
- Ungerådgivning
- Misbrugsrådgivning
- Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom
- Online lægehjælp (forudsætter tilvalg G: online lægevagt)
- Adgang til personlig rådgivning fra faguddannede farmaceuter og farmakonomer via chat, e-mail eller telefon – f.eks. om overgangsalder, medicin og kosttilskud, generel sundhed, rygestop, rabat på apotekervarer og levering til døren fra et onlineapotek, vi samarbejder med.

Sundhedsfaglig tovholder

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp og rådgivning i forbindelse med din behandling samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlings-tilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier.

Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, vejlede om transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

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

5.2 Rådgivning og indsatser under og efter kræftsygdom

Forsikringen tilbyder støtte under og efter kræftsygdom i form af rådgivning ved sundhedsfaglige eksperter.

Sundhedsteamet tilbyder telefonisk rådgivning, støtte og opfølgning, herunder vejledning om symptomer og mulige behandlinger for fysiske senfølger af kræftbehandling.

Sundhedsteamet kan rådgive om og/eller visitere til relevante tilbud i det offentlige eller under sundhedsforsikringen, herunder:

- Rådgivning om relevante tilbud til kræftramte
- Samtalegrupper
- Inspiration til mentale øvelser
- Kostvejledning
- Træning og behandling
- Online lægehjælp (forudsætter tilvalg G: online lægevagt).

5.3 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle en relevant sundhedsfaglig baggrund og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forælderrollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsel og amning og barnets trivsel og udvikling. Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale.

Du kan ringe og få rådgivning alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte graviditetsrådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via brugerportalen. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en graviditetsrådgiver på et aftalt tidspunkt.

5.4 Kroniske sygdomme

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

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

5.5 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

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

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

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

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

Lægehenviisning

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

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse eller behandling er sat i gang i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, inden for 10 hverdage efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvi sning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Forsikringen dækker ikke undersøgelse/behandling, som ikke kan vente op til 10 hverdage før første speciallægebesøg, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket".

Er du allerede i et offentligt forløb, eller er du henvist til undersøgelse og/eller behandling/operation i det offentlige sygehusvæsen eller hos en offentlig speciallæge, og får du tilbudt, eller kan du tilbydes, en offentlig tid inden for garantien på 10 hverdage, er behandlingsbehovet ikke dækket af forsikringen. Her skal det offentlige tilbud altid aktiveres og/eller benyttes.

Hvis du er i et igangværende forløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant behandlingsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse og/eller behandling, så kan vi i relevante tilfælde afvise dækning i privat regi. Vi hjælper med rådgivning og navigation i den videre proces.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, og at undersøgelse eller behandling i privat regi er den bedste løsning ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling på et privathospital eller en privatklinik i vores netværk.

Du skal altid anvende den behandler, som vi anviser.

I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

Hudlidelser

Forsikringen dækker hudlidelser, som vi vurderer, påvirker din helbredstilstand væsentligt, f.eks. hudlidelser med udtalt kløe, smerter, sår dannelse, udbredt hududslæt eller infektioner.

Hudsygdomme, som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, dækkes ikke, jf. afsnit 7 "Hvad forsikringen ikke dækker".

Vi hjælper altid med rådgivning, offentlig navigation og hjælp til tidsbestilling i forbindelse med alle hudlidelser.

Hudkræft

Hvis forsikringen tidligere har dækket udredning og/eller behandling af hudkræft (f.eks. basalcellekræft eller pladecellekræft), og sygdommen vender tilbage og kræver ny undersøgelse og/eller behandling, så dækker forsikringen én ny udredning og/eller behandling inden for 3 år fra den oprindelige sygdomsdebut.

Astma- og allergiudredning

Forsikringen dækker udredning ved mistanke om astma eller allergi med henblik på at kunne stille en diagnose. Det er en forudsætning for dækning, at egen læge ikke er i stand til at foretage udredning i sin praksis. Udredningen skal være godkendt af os og ordineret af en relevant speciallæge.

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor egen læge har anbefalet eller henvist til udredning på et offentligt sygehus.

Forsikringen dækker ikke udredning af tidligere kendt astma/allergi eller astma/allergi, hvor der opleves forværring, uanset den udløsende årsag.

Forsikringen dækker ikke behandling af astma og/eller allergi.

Grå stær

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

Åreknuder

Åreknuder dækkes kun, hvis der efter vores vurdering er alvorlige symptomer, f.eks. i form af sår, som ikke vil hele, eller dyb betændelse, hvis du har mistet din køretilladelse pga. lidelsen, og/eller hvis du er sygemeldt.

Kræft

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kræftsygdomme, hvis diagnosen stilles i forsikringstiden.

Hvis ventetiden på undersøgelse og/eller behandling i det offentlige sundhedsvæsen er på samme niveau som i det private, skal det offentlige tilbud altid benyttes.

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

Hjertesygdomme

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

Undersøgelles- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis det offentlige har tilbudt dig eller har mulighed for at tilbyde dig undersøgelse og/eller behandling inden for garantien på 10 hverdage, men datoen ikke passer dig, uanset årsagen til dette.
- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling i det private eller offentlige sundhedsvæsen, uanset årsagen (f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste).
- Hvis du udtrykker ønske om undersøgelse eller behandling på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.
- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis du er i gang med et udvidet og/eller længevarende udrednings- og/eller behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser eller komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udredningsforløb i det offentlige.
- I tilfælde af storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol, f.eks. samfundsmæssige handlinger, it-nedbrud, hackerangreb, pandemier, epidemier, lockout og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

5.6.1 Efterkontrol

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

Kontrol efter operation foretaget i offentligt regi, eller i privat regi betalt af det offentlige, dækkes ikke.

5.6.2 Reoperation

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

5.6.3 Second opinion

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

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

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

Third opinion

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed om din diagnose eller behandlingsform, tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform.

5.6.4 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til egenbetaling af receptpligtig medicin i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation på et behandlingssted anvist af os. Medicinen skal være ordineret af behandlende speciallæge og være nødvendig for den udførte operation. Medicinudgifter dækkes i op til 24 måneder fra operationsdatoen.

Der dækkes ikke udgifter til håndkøbsmedicin. Det gælder også, hvis medicinen fås både på recept og i håndkøb.

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

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

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

5.6.6 Genoptræning

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig ambulant genoptræning med almen fysioterapi og kiropraktik i direkte tilslutning til en dækningsberettiget operation i bevægeapparatet.

Genoptræningen skal være ordineret af behandlende speciallæge.

Forsikringen dækker genoptræning efter operation i det offentlige, hvis operationen er dækningsberettiget.

Ud fra en sundhedsfaglig vurdering dækker forsikringen lægehenvist genoptræning til dækningsberettigede og ikke-operationskrævende lidelser, f.eks. slidgigt i knæ og hofter samt diskusprolaps i ryg, lænd og nakke uden operation. Der dækkes konservativ behandling, herunder eventuelt holdtræning som led i genoptræningsplanen.

Genoptræningen har til formål at opnå selvtræningsniveau.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Refusion og tilskud

Du skal have en gyldig lægehenvist til fysioterapi og anvende en behandler, som har overenskomst med sygesikringen. Vi dækker patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen. Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket genoptræningsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

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

Forsikringen dækker ikke andre former for genoptræning.

Der dækkes ikke rekreative- og behandlingsophold i forbindelse med genoptræning (rekreation dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6.7 "Rekreation").

Genoptræning i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Genoptræning uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ved selvvalgt behandler ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for flere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en status og en genoptræningsplan eller en behandlingsplan fra din behandler. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

5.6.7 Rekreation

Forsikringen dækker udgifter til godkendt rekreationsophold i Danmark i direkte forlængelse af en operation eller indlæggelse, som forsikringen dækker. Der dækkes rimelige og nødvendige udgifter, dog maksimalt 75.000 kr.

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

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

Der kan maksimalt dækkes udgifter til rekreationsophold for 75.000 kr. pr. forsikret i hele forsikringstiden.

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

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

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

5.6.9 Transportudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til transport i Danmark mellem hjemmet og behandlingsstedet i forbindelse med speciallægehjælp på hospital/klinik. Transporten skal altid være aftalt med og godkendt af os. Der dækkes ikke transportudgifter i forbindelse med speciallæge i psykiatri, akut krisehjælp, hospice og terminal pleje eller tilvalgsdækningen "misbrugsbehandling".

Udgifter til taxa dækkes ikke. Transportudgifter i forbindelse med speciallægehjælp i udlandet dækkes ikke.

Der dækkes ikke udgifter til transport til og fra Danmark.

Regninger for transport skal være indsendt, senest 6 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse og behandling

Forsikringen dækker udgifter til transport til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 60 km fra din bopæl. Der dækkes efter statens laveste takst for kørsel i egen bil (indeksreguleres) eller den billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

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

Medicinsk ledsager

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

5.7 Fysisk sundhed

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

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

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

Træningsapp

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

Godt fra Start – hurtig hjælp til nyopståede og ukomplicerede smerter i bevægeapparatet

Sundhedsteamet tilbyder hurtig afklaring af behandlingsbehovet, rådgivning og vejledning om øvelser til håndtering af egne smerter, opfølgning, omsorgsopkald og adgang til en evidensbaseret træningsapp ud fra den nyeste sundhedsfaglige viden ved sygeplejersker og fysioterapeuter.

Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Fysiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

Du skal altid have en gyldig lægehenvvisning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer).

Vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Hvis du vælger en behandler uden overskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, og som indeksreguleres to gange årligt.

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

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

Online fysioterapi og blended care (kombineret behandling)

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller som blended care – en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en kiropraktor, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet er en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde (blended care).

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt fysioterapeut eller kiropraktor ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner.

Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

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

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

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

Vi vil henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at du af medicinske årsager bør tilses af en læge inden eventuel opstart af behandling. Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering og fastlægges ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer for GLA:D-forløb. Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg.

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

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

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

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

5.8 Mental sundhed

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

I de tilfælde, hvor vi vurderer, at du har brug for behandling for psykisk lidelse eller mentale udfordringer – f.eks. hvis du har nedsat evne til at fungere i hverdagen og/eller behandlingskrævende symptomer, jf. bestemmelserne i afsnittet "Behandling hos psykolog og psykoterapeut" og i afsnit 1.2 "Hvad dækker forsikringen?" – dækker forsikringen rimelig og nødvendig behandling. Det er en forudsætning for dækning, at skaden er dækningsberettiget.

Vi kan tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsforandringsudfordringer og visitere til en række forskellige behandlingsformer, herunder telefonisk, online eller fysisk behandling samt et specialiseret behandlingsprodukt til børn.

Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. De nærmere bestemmelser fremgår af de enkelte afsnit.

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

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

Forebyggende stress- og trivselslinje

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

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

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

- Reducering og forebyggelse af tidlige tegn på stress og mistrivsel
- Private trivselsproblemer, f.eks. personlige kriser, sorg, skilsmisse, sygdom og misbrug samt udfordringer vedrørende børn, samliv og livsstil
- Arbejdsrelaterede trivselsproblemer, f.eks. arbejdsliv og sygdom, udbrændthed, afskedigelse, mobning og konflikter.

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

Som en del af stress- og trivselslinjen tilbyder vi også:

• Ungerådgivning

Rådgivning af indtegnede unge mellem 16 og 27 år i form af fortrolige samtaler med sundhedsfagligt personale om udfordringer som f.eks. stress, angst, kronisk sygdom, ensomhed, spiseproblemer eller lavt selvværd eller problemer i familien, skolen eller med vennerne.

• Misbrugsrådgivning

Fortrolige samtaler i form af rådgivning og vejledning om misbrugsproblemer ved sundhedsfagligt personale. Der rådgives f.eks. om misbrug eller om behandling af forskellige former for misbrug (f.eks. alkohol, kokain, hash og medicin), ludomani og købemani, sex- og pornoafhængighed og spilafhængighed (gaming disorder) eller om udfordringer ved at være pårørende til eller tæt på en med misbrugsproblemer.

Misbrugslidelser af enhver art er ikke dækket af basisforsikringen. Misbrugsbehandling dækkes ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "tilvalg C: misbrugsbehandling", hvis dækningen er tilkøbt.

Du kan ringe til stress- og trivselslinjen alle hverdage inden for de gældende åbningstider, der fremgår af vores hjemmeside. Du ringer via hovednummeret og taster dig ind på linjen via menuen. Hvis der ikke er en ledig rådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

Du kan også kontakte rådgivningen ved hjælp af computer, tablet eller smartphone via brugerportalen. Her kan du skrive, når det passer bedst, og modtage skriftligt svar eller blive ringet op af en rådgiver på et aftalt tidspunkt.

Adgang til mental sundhedsapp og mindfulness for børn, unge og forældre

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

Forsikredes børn er omfattet af denne dækning, uanset om de er medforsikrede eller ej.

Digital ADHD-/ADD-vejledning ved psykiater og specialuddannet psykolog

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

Den mentale værktøjskasse

Vi tilbyder forskellige forløb, hvor du opnår viden om det sunde sinds reaktioner på belastning og får konkrete værktøjer til selv at kunne handle og styrke din mentale sundhed. Der fokuseres på funktionsniveau og handlinger tilpasset din situation og dine erfaringer.

Sundhedsteamet kan ud fra en faglig vurdering tilbyde adgang til forskellige målrettede tilbud:

- **Mental sundhed – din værktøjskasse**

Livewebinar med psykologer/psykoterapeuter, hvor du får viden om, hvordan du håndterer belastninger, f.eks. store livsforandringer. Du har mulighed for at stille spørgsmål undervejs. Du opnår viden om sindets reaktioner og får konkrete værktøjer, du selv kan bruge fremover til at styrke din mentale sundhed.

- **Mental sundhed – din værktøjskasse med mentor**

Personlige samtaler med en erfaren mentor målrettet mod livsudfordringer, hvor der er brug for ekstra støtte til selv at arbejde med værktøjer, der styrker din mentale sundhed.

Behandling hos psykolog og psykoterapeut

Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering af behandlingsbehovet relevant, rimelig og nødvendig individuel behandling/terapi vedrørende behandlingskrævende psykiske lidelser og mentale udfordringer hos en psykolog med praksisuddannelse (klinisk psykolog) eller en psykoterapeut.

Behandlingen kan finde sted i vores netværk eller hos en behandler efter eget valg. Behandling ved psykoterapeut tilbydes kun i vores netværk.

Det er en forudsætning for dækning, at der er et sundhedsfagligt/lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at der er behandlingskrævende symptomer/nedsat evne til at fungere i hverdagen.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik.

Psykiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

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

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

Stress kræver ikke henvisning/anbefaling fra læge. Teamet kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige former for forebyggelse af, rådgivning om og behandling af stress.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

Ved lægehenvist psykologbehandling dækker vi patientandelen af behandlingen efter tilskud fra sygesikringen.

Ved behandling hos psykolog uden overenskomst med sygesikringen (ydernummer) dækkes behandlerens takst, dog maksimalt 1.000 kr. pr. behandling.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Vi kan ud fra en faglig vurdering visitere til forskellige behandlingsformer:

- **Telefoniske forløb**

Vi kan henvise til telefoniske forløb ved erfarne psykoterapeuter og psykologer.

- **Online behandlingsforløb**

Vi kan henvise til videokonsultationer med erfarne psykoterapeuter og psykologer. Som en del af forløbet får du adgang til et online bibliotek med øvelser og viden om mental sundhed.

- **Stresshåndteringsforløb**

Vi tilbyder forskellige former for behandling af stress, og sundhedsteamet kan rådgive om de forskellige muligheder. I relevante tilfælde – og ud fra en faglig vurdering – kan teamet f.eks. henvise til særlige målrettede stresshåndteringsforløb. Alle forløb tilpasses den enkelte og indeholder en skriftlig guide med viden om og redskaber til at arbejde med stress samt telefonisk og/eller online terapi med videokonsultationer.

- **Fysiske forløb**

Vi kan henvise til fysiske forløb hos erfarne psykoterapeuter og psykologer.

- **Digitale forældreforløb**

Vi kan henvise til særligt tilrettelagte digitale forløb for forældre med tilmeldte eller kollektivt tilmeldte børn i alderen 0-18 år. Forløbene afholdes af psykologer, psykoterapeuter og specialuddannede sygeplejersker med særlig erfaring med familie, børn/unge og forældre støtte. Barnet er omdrejningspunktet i behandlingen, men forældrene er i fokus og deltager aktivt i håndteringen af barnets mentale sundhed. Formålet er at styrke forældrene og familiedynamikken for at skabe bedst mulig støtte til barnet. Der er mulighed for at inddrage barnet i samtalen, hvis behandleren vurderer, at det er relevant.

- **Specialiseret behandlingsprodukt til børn med psykisk mistrivsel**

Vi kan henvise til særlig tilrettelagte behandlingsforløb målrettet mod børn under 15 år og deres forældre. Forløbene afholdes af psykologer med særlig erfaring inden for området og involverer i høj grad forældrene i behandlingen. Involvering af forældrene øger forældrenes bidrag til at opnå terapeutisk alliance og styrker deres evne til at hjælpe barnet – også efter endt behandling. I relevante tilfælde kan der foretages en skriftlig overlevering af relevant information, som familien kan anvende, og som kan deles med f.eks. kommune, PPR, dagtilbud, skole, psykiatri eller sagsbehandler, så de bliver i stand til at give den rette støtte.

- **Trepartssamtaler ved arbejdsrelateret stress**

Ved arbejdsrelateret stress kan vi ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig henvise til et trepartsforløb mellem dig, din leder (eller HR) og en psykolog. Vi finder en psykolog til dig med særlig erfaring inden for stress og stresshåndtering på arbejdspladsen. Forløbet har fokus på arbejdsmarkedssituationen, når der f.eks. er behov for at hjælpe med fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdspladsen. Forløbet har ikke forebyggende karakter og medtager ikke andre problematikker end stress. Forløbet er derfor ikke egnet i tilfælde med længerevarende belastningsreaktion eller medicinsk behandling eller ved alvorlige stresstilfælde med langvarig sygemelding.

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos selvvalgt psykolog i op til 6 måneder pr. sygdom/skade gældende fra første behandlingsdag. Børn under 18 år dækkes med maksimalt 5 behandlinger pr. kalenderår – også i tilfælde af flere skader. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra psykologen.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

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

For børn under 18 år gælder, at behandling i vores netværk ikke kan dækkes, hvis behandlingen er startet hos en psykolog efter eget valg.

Angstbehandlingsprogrammerne Cool Kids og Chilled til børn

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

Programmerne tilbydes som gruppeforløb for børn/unge og deres forældre eller i enkelte tilfælde som individuelle forløb. Forløbene indledes med en individuel samtale med en psykolog, hvor det afklares, om barnet er i målgruppen.

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

Psykiater

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater vedrørende dækningsberettiget skade/lidelse. Konsultationerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Vi kan afvise yderligere dækning, hvis vi tidligere har dækket samme sygdom/skade/lidelse.

Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler i vores netværk. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2.000 kr. pr. konsultation.

5.8.1 Akut krisehjælp

Du kan altid ringe til sundhedsteamet og få rådgivning ved akutte og voldsomme hændelser.

Sundhedsteamet kan visitere til en række forskellige behandlingsformer, hvis vi vurderer, at du har fået en behandlingskrævende akut psykisk krise pga. følgende:

- Hvis du bliver udsat for en pludselig, alvorlig hændelse/ulykke, hvor du har været i fare
- Hvis du bliver udsat for røveri, overfald, vold eller kidnapning
- Hvis der er brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt)
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis der er dødsfald hos nærmeste pårørende
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom
- Hvis du overværer et familiemedlems eller en kollegas pludselige, uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke – eller en hændelse af lignende karakter, uanset om den involverer en kollega, et familiemedlem eller en anden person.

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

Der er ikke krav om lægehenvielse.

Sundhedsteamet vurderer, hvilken behandling der er brug for, og kan henvise til forskellige behandlingsformer:

- I relevante tilfælde kan vi, ud fra en faglig vurdering, visitere til behandling hos psykolog eller psykoterapeut – enten telefonisk, online eller fysisk i vores behandlernetværk.
- Hvis vi vurderer, at du er berettiget til krisehjælp, og hændelsen kræver en akut indsats, kan du få tilbudt telefonisk kontakt med en psykolog i vores netværk, inden for 3 timer efter at anmeldelsen er godkendt, afhængigt af hændelsens karakter og geografiske placering. Det eventuelle efterfølgende forløb fastlægges ud fra en faglig vurdering.

Hvis anmeldelsen sker mere end 48 timer efter hændelsen, eller hvis sundhedsteamet vurderer, at hændelsen ikke berettiger til akut krisehjælp, vil dækningen for almindelig psykologbehandling være gældende, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8 "Mental sundhed".

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

Der dækkes ikke akut psykologbehandling eller debriefing i udlandet.

5.9 Hospice og terminal pleje

Forsikringen dækker et godkendt ophold på et dansk hospice i forbindelse med terminal diagnose stillet i forsikringstiden i op til 3 måneder, dog maksimalt 100.000 kr.

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

Alternativt kan vi tilkende terminal pleje i hjemmet varetaget af hjemmesygeplejerske i op til 3 måneder, dog maksimalt 100.000 kr.

Der kan maksimalt dækkes udgifter til hospice eller terminal pleje på 100.000 kr. i hele forsikringstiden. Vi kan vælge, at det skal være et hospice eller en leverandør anvist af os.

5.10 Tandbehandling

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

5.11 Personlige sundhedsprogrammer

Vi kan ud fra en faglig vurdering henvise til personlige digitale sundhedsprogrammer i form af individuelt tilpassede forløb. Sundhedsprogrammerne tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk.

Forløbenes varighed og indhold beror på behandlerens faglige vurdering og har en maksimal varighed på 12 måneder.

Forløbene dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden. Der kan maksimalt dækkes ét forløb pr. lidelse/problematik i forsikringstiden. Vælger du at afbryde et forløb før tid, betragtes forløbet som afsluttet, og der dækkes ikke yderligere.

Vi kan ud fra en faglig vurdering afvise at dække et personligt sundhedsprogram, hvis vi tidligere har dækket diætistbehandling for samme lidelse/problematik, jf. afsnit 6.1 "Diætist".

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

- **Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, osteoporose, multisygdom og overvægt**

Ved diagnosticeret diabetes, KOL, forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, osteoporose, multisygdom (mindst to diagnosticerede kroniske sygdomme) eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb med digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med personlig digital rådgivning om fysisk og mental trivsel, f.eks. ved en psykolog og/eller fysioterapeut.

- **Personligt sundhedsprogram til overvægtige gravide**

Ved overvægt under graviditet (BMI på 30 og derover ved graviditetens begyndelse) kan vi henvise til et forløb med målrettet information og rådgivning om overvægt, kost og motion under graviditeten, herunder anbefalinger og handlemuligheder. Programmet indeholder kostrådgivning og livsstilsintervention ved en erfaren klinisk diætist under graviditeten og i den første tid efter fødslen og kan kombineres med personlig rådgivning ved en psykolog og/eller digital træning og træningsrådgivning ved en fysioterapeut.

- **Personligt sundhedsprogram – mænd og kvinders sundhed**

Ved svære og varige fysiske og psykiske gener, der påvirker din hverdag og livskvaliteten negativt, f.eks. i form af kognitive ændringer, søvnbesvær, humørændringer, nedsat energi og træthed, tristhed, vægtøgning, generende hedeture, tørre slimhinder samt led- og muskelsmerter, kan vi henvise til et forløb med indledende online screening, tekst- og videokonsultationer og hjælp til at håndtere svære gener og få det bedre i dagligdagen med hjælp fra et behandlingsteam bestående af diætist, fysioterapeut og psykolog samt adgang til artikler og videoer. Teamet kan f.eks. hjælpe med rådgivning om og håndtering af fysiske og psykiske symptomer, nedsat energi, behandling af gener af overgangsalderen og store overgange i livet og målrettet forebyggelse heraf, hormonelle symptomer og forandringer, hormonbehandling, fald i testosteronniveauer, aldringsprocesser, søvn, ensomhed, livsstilændringer, kost, motion og gode vaner.

6. Tilvalgsdækninger

Afsnittet omhandler dækninger, som kan tilkøbes til sundhedsforsikringen. Du skal derfor være opmærksom på, at de forskellige tilvalgsdækninger kun er omfattet, hvis det fremgår af forsikringsaftalen/policen.

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

6.1 Tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

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

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

Akupunktur

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

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

Zoneterapi

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

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

Osteopati

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

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 650 kr. for første behandling og 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Diætist

Forsikringen dækker behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Vi vurderer, om du eventuelt skal indsende en skriftlig lægeanbefaling.

Behandlingerne tildeles i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Forsikringen dækker behandlerens takst, dog maksimalt 900 kr. for første behandling og maksimalt 500 kr. for efterfølgende behandlinger.

Vi kan også henvise til online diætistbehandling hos en aktør, som vi samarbejder med. Behandlingerne tildeles i portioner, og forsikringen dækker behandlerens takst. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Hvis der i forsikringstiden diagnosticeres diabetes, forhøjet kolesterol, hjerte-kar-sygdom, tarm-lidelse, urinsyregigt, cøliaki, endometriose, PCO/PCOS eller behandlingskrævende stofskifte-sygdom, eller hvis der sundhedsfagligt vurderes behandlingskrævende undervægt, der udgør en risiko for dit helbred, kan der dækkes ét forløb (maksimalt 10 behandlinger) i forsikringstiden.

Forsikringen dækker ikke diætistbehandling ved ønske om graviditet, amning, undervægt, sports-ernæring, fødevareallergi, intolerance og lignende tilstande samt ved psykiske lidelser – herunder stress, depression, spiseforstyrrelser og overspisning. Forsikringen dækker ud fra en faglig vurdering diætistbehandling ved svær overvægt under graviditet og behandlingskrævende efterfødselsvægt.

Behandlingerne skal efter vores vurdering føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden, og vi kan efter en faglig vurdering afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik. Vi kan afvise at dække diætistbehandling, hvis vi tidligere har dækket et personligt sundhedsprogram til samme lidelse/problematik, jf. afsnit 5.11 "Personlige sundhedsprogrammer".

6.2 Tilvalg B: fysioterapi uden krav om lægehenvi- sning

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

Med denne dækning er der ikke krav om, at der foreligger en lægehenvi-
sning til fysioterapi.

Hvis vi vurderer, at der er sundhedsfaglig/lægelig begrundelse for behandling, kan sundheds-
teamet henvise direkte til behandling. Vi kan henvise dig til din læge i de tilfælde, hvor vi vurderer,
at du af medicinske årsager bør tilses af en læge inden eventuel opstart af behandling.

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling. Behandlingen kan finde sted i vores net-
værk eller hos en behandler efter eget valg.

Behandlingerne skal efter vores vurdering sikre progression og føre til en væsentlig og varig forbedring af tilstanden.

Vi kan efter en faglig vurdering enten afvise at dække behandling af en tilbagevendende lidelse/problematik eller stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Fysiske lidelser, som efter vores vurdering ikke kan kureres eller væsentligt og varigt forbedres, dækkes ikke.

Har du en henvisning fra din læge, og arbejder behandleren inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvisning i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

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

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

Online fysioterapi og blended care (kombineret behandling)

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller som blended care – en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger hos en selvvalgt fysioterapeut. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer, om der kan bevilges flere behandlinger.

Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

6.3 Tilvalg C: misbrugsbehandling

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

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

- Alkohol
- Receptpligtig medicin
- Rusmidler, der er omfattet af lov om euforiserende stoffer
- Diagnosticeret ludomani (pengespil).

Der dækkes ikke andre former for misbrug end de ovennævnte.

Du kan først få dækket "misbrugsbehandling", når du har været omfattet af forsikringen i 6 måneder. Det er muligt at overføre anciennitet ved direkte overgang fra et andet selskab, hvor du også var omfattet af lignende dækning.

Lægehenviisning

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

Behandling skal godkendes

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

Tidligere behandling

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

- Ambulant og/eller online behandlingsforløb af minimum 3 ugers varighed
- Antabusbehandling suppleret med samtaleterapi via egen læge af minimum 3 ugers varighed
- Døgnbehandlingsforløb på et offentligt eller privat behandlingssted af minimum 1 uges varighed
- Psykologbehandling for spilafhængighed/ludomani
- Anden behandling, der kan sidestilles med ovenstående.

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

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

6.4 Tilvalg E: privathospitalsdækning

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

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

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

Lægehenviisning

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

Ultralydsscanninger, røntgenundersøgelser og MR-scanninger kræver også en henviisning.

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse eller behandling er sat i gang i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, inden for 10 hverdage efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenviisning eller anden relevant information, starter de 10 hverdage, efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

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

Forsikringen dækker ikke undersøgelse/behandling, som ikke kan vente op til 10 hverdage før første speciallægebesøg, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket".

Hvis du er i et igangværende forløb i det offentlige sundhedsvæsen, og der foreligger en relevant behandlingsplan, og/eller hvis vi vurderer, at det offentlige sundhedsvæsen har de bedste muligheder for undersøgelse og/eller behandling, så kan vi i relevante tilfælde anbefale, at du fortsætter i det offentlige forløb. Vi hjælper med rådgivning og navigation i den videre proces.

Undersøgelses- og behandlingsgarantien dækker ikke:

- Hvis du helt eller delvist afviser et tilbud om undersøgelse og/eller behandling, uanset årsagen (f.eks. fordi du ønsker et andet behandlingssted end det anviste).
- Hvis du udtrykker ønske om undersøgelse eller behandling på et senere tidspunkt end i perioden for undersøgelses- og behandlingsgarantien.
- Hvis vi vurderer, at det ikke er sundhedsfagligt hensigtsmæssigt eller optimalt at igangsætte undersøgelse eller behandling inden for 10 hverdage.

- Hvis godkendt og planlagt undersøgelse eller behandling udskydes af medicinske årsager.
- Hvis vi vurderer, at behandlingen er højt specialiseret og bør foretages i det offentlige, f.eks. ved særegne sygdomsdiagnoser eller komplicerede sygdomsforløb, eller hvis du er i gang med et længerevarende udrednings- og/eller behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- I tilfælde af storkonflikter og/eller begrænset kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen samt uforudsigelige hændelser, som ligger uden for vores kontrol, f.eks. samfundsmæssige handlinger, it-nedbrud, hackerangreb, pandemier, epidemier, lockdown og lignende – i disse tilfælde har vi ret til en rimelig forlængelse af garantien.

6.5 Tilvalg F: behandling af kroniske lidelser

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

Forsikringen dækker behandling af kroniske/vedvarende lidelser. Der dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden.

For medforsikrede familiemedlemmer med gældende karenperiode vil lidelser opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringens start dog først være omfattet af dækningen efter karenperiodens udløb. Kollektive børnedækninger har ingen karen.

Der dækkes behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, fysiurgisk massør og fodterapeut og telefonisk psykologhjælp efter henvisning fra sundhedsteamet.

Behandlingen skal være sundhedsfagligt begrundet, og vi vurderer, om du eventuelt skal have en skriftlig anbefaling fra din læge. Dog skal du altid have en gyldig lægehenvi-
sning til fodterapi.

Vi kan afvise at dække behandling af tilbagevendende lidelser/tilbagefald, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning, og/eller hvis vi tidligere har dækket behandling af samme problematik for dette tilvalg.

Behandling af lidelser i bevægeapparatet ved fysioterapeut, kiropraktor og fysiurgisk massør

Der dækkes rimelig og nødvendig behandling af diagnosticeret eller længerevarende (mere end 6 måneder) slidgigt eller anden kronisk/vedvarende lidelse i bevægeapparatet med op til i alt 12 fysioterapi-, kiropraktor- eller massagebehandlinger pr. kalenderår. Af de 12 behandlinger pr. kalenderår kan maksimalt 4 af dem være fysiurgisk massage, og maksimalt 4 af dem kan være chokbølgebehandling udført af fysioterapeut eller kiropraktor.

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering dække chokbølgebehandling (ESWT) udført af fysioterapeut eller kiropraktor ved diagnosticerede længerevarende (mere end 3 måneder) gener af tennisalbue, akillesenebetændelse, hælspore samt skulderebetændelse – eller som alternativ til kirurgi ved manglende heling af knoglebrud. Der kan maksimalt dækkes én chokbølgebehandling pr. problematik.

Lindrende behandlinger er dækket.

Du kan selv vælge, hvilken behandler der benyttes. Hvis du ønsker det, kan sundhedsteamet hjælpe med at finde en behandler i vores kvalitetssikrede netværk.

Behandlingerne tildes i portioner, og sundhedsteamet vil løbende vurdere, hvor mange behandlinger der er behov for. Som led i vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra fysioterapeuten eller kiropraktoren.

Behandling af diagnosticerede hovedpinesygdomme, f.eks. migræne, Hortons hovedpine og posttraumatisk hovedpine, er ikke dækket under dette tilvalg.

Online fysioterapi og blended care (kombineret behandling)

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en fysioterapeut, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering og i samråd med dig være rent digitalt i form af videokonsultationer med fysioterapeuten eller en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde. Forløbet indeholder muligheden for chatfunktion mellem konsultationerne og gratis adgang til en digital træningsplatform.

I relevante tilfælde kan vi henvise dig til et målrettet forløb med en kiropraktor, som vi har indgået et samarbejde med. Forløbet er en kombination af digital behandling og fysisk fremmøde (blended care).

Antallet af behandlinger afhænger af en faglig vurdering og indgår i den samlede grænse på maksimalt 12 behandlinger – både i og uden for netværket – pr. kalenderår, regnet fra første behandlingsdag.

Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Du tilbydes en hurtig tid hos en kvalitetssikret samarbejdspartner, og vi afregner direkte med behandleren.

Refusion og tilskud

Der dækkes behandling hos autoriserede behandlere. Massage skal være ved en registreret fysioterapeutisk massør. Chokbølgebehandling skal være ved en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor, som anvender fokuseret chokbølgestyr/fokuserede maskiner.

Hvis du har en lægehenvielse til fysioterapi, og behandleren arbejder inden for sygesikringen, tager vi typisk din henvielse i brug, og vi dækker patientandelen efter tilskud fra sygesikringen. Det gælder også ved behandling i vores netværk.

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

Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til det fulde honorar for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

For kiropraktik dækkes maksimalt beløbet svarende til patientandelen efter taksten for almindelig kiropraktik.

For fysiurgisk massage kan der maksimalt dækkes 300 kr. pr. behandling (30 minutter).

For chokbølgebehandling kan der maksimalt dækkes 500 kr. pr. behandling, når behandlingen udføres som selvstændig behandling. Når behandlingen ydes som tillægsbehandling, kan der maksimalt dækkes et tillæg på 220 kr. til de øvrige takster for normalbehandling ved almen fysioterapi og almen kiropraktik, jf. bestemmelserne ovenfor.

Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger.

Rådgivning og smerteuddannelse ved langvarige og kroniske smerter i bevægeapparatet

Sundhedsteamet tilbyder rådgivning og behandling baseret på den nyeste evidens om langvarige og kroniske smerter i bevægeapparatet, herunder:

- Rådgive om og vurdere behandlingsbehov og -metoder
- Give vejledning om træning og forebyggelse
- Medvirke til at reducere risikoen for overbehandling
- Visitere til relevante behandlings- og sundhedstilbud både inden for og uden for selskabets netværk, herunder GLA:D-træningsforløb for hofte, knæ og ryg.

Baseret på den nyeste viden om længevarende og kroniske smerter kan sundhedsteamet også visitere til målrettede forløb med specialuddannede behandlere, der tilbyder smerteuddannelse.

Forløbet giver deltageren konkrete værktøjer til at opnå et bedre funktionsniveau – både i dagligdagen og i arbejdslivet. Formålet med forløbet er at:

- Øge forståelsen af egne smerter
- Give redskaber til at håndtere smerter i hverdagen
- Styrke balancen mellem aktivitet og hvile
- Håndtere træthed og bekymringer forbundet med smerter.

Telefonisk psykologhjælp ved vedvarende/kroniske psykiske lidelser

Der dækkes rimelig og nødvendig individuel telefonisk psykologisk rådgivning og rimelige og nødvendige telefoniske støttende samtaler ved psykiske lidelser og psykiske tilstande, som vi vurderer som kroniske/vedvarende, f.eks. langvarig stress, langvarig og kronisk depression, opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD/ADD og undertyper), ASF (autismespektrumforstyrrelse), Tourettes syndrom, vedvarende og kroniske angstlidelser, spiseforstyrrelser, OCD, fobier, PTSD og komplicerede sorgtilstande/forlænget sorglidelse, herunder sorgtilstande hos børn, samt hjælp til pårørende til alvorligt psykisk syge personer og pårørende til personer med demens/alzheimers og hjælp til personer og pårørende til personer med demens/alzheimers og hjælp til personer og pårørende til personer med ALS, sklerose og Parkinsons sygdom.

Forløbene dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikringstiden.

Øvrige psykiske lidelser og tilstande dækkes ikke, herunder adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning, overvægt eller afhængighed, coaching, selvudvikling og lignende.

Behandling i vores kvalitetssikrede netværk

Vi henviser til en psykolog eller en psykoterapeut i vores kvalitetssikrede netværk. Samtalerne har en varighed på cirka 30 minutter, og der dækkes det nødvendige antal samtaler ud fra behandlerens faglige vurdering. Vi afregner direkte med behandleren. Behandleren kan vælge at stoppe et behandlingsforløb, hvis behandlingen skønnes at være uden virkning.

Aldersgrænsen for telefonisk behandling er 15 år.

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

Fodterapi

Der dækkes behandling ved fodterapeut, hvis du har en henvisning fra din læge pga. diabetes, leddegigt, psoriasisgigt, nedgroede negle eller arvæv efter strålebehandling. Der dækkes op til 6 behandlinger pr. kalenderår, og der dækkes, uanset om lidelsen er opstået før eller i forsikrings-tiden. Ved diabetes dækkes der en årlig fodstatus.

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

Der dækkes beløbet svarende til egenbetalingen (patientandelen) efter tilskud fra sygesikringen ifølge de overenskomstregulerede takster for fodterapeuter. Forsikringen dækker ikke afstandstillæg, kørselsgodtgørelse, indlæg, tilretning af indlæg og lignende.

6.6 Tilvalg G: online lægevagt

Dækningen gælder kun, hvis det fremgår af forsikringsaftalen.

Der dækkes rimelige og nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt for den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år – også selvom ægtefælle/samlever eller hjemmeboende børn ikke er tilmeldt forsikringen.

Brug af tjenesten kræver dansk CPR-nr. eller et gyldigt erstatnings-CPR-nr., medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

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

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

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

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

Lægevagten udskriver ikke recepter på medicin, der er vanedannende, eller medicin med misbrugspotentiale, f.eks. sovemedicin, beroligende medicin eller morfika.

Lægevagten kan altid ud fra et fagligt skøn vælge ikke at udskrive medicin og i stedet henvise til offentlige behandlingstilbud.

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

Lægevagten kan ikke svare på spørgsmål om sundhedsforsikringen, ligesom der ikke kan laves private henvisninger/anbefalinger til speciallægepraksis, psykologbehandling, fysioterapi m.v.

Der dækkes ikke konsultationer hos privat lægevagt uden for vores netværk.

Sådan anvender du lægetjenesten

Lægevagten betjenes af erfarne læger på hverdage samt i weekender og på helligdage. Det er hurtigt og nemt at bruge lægetjenesten ved hjælp af computer, tablet eller smartphone. Du kan bestille tid, når det passer dig, eller vente på, at en læge bliver ledig. Du har også mulighed for at skrive til lægen 24 timer i døgnet. I åbningstiden får du svar inden for 1 time. Lægevagten kan benyttes i Danmark og under ophold i udlandet.

Når du bruger lægevagten, er du datasikret, og vi har ikke adgang til oplysninger om, hvad du har talt med lægen om.

Du kan læse mere om brug af lægetjenesten på vores hjemmeside.

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Akut behandling, jf. bestemmelserne i afsnit 4.3 "Akut behandling er ikke dækket". Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp, jf. bestemmelserne i afsnit 5.8.1 "Akut krisehjælp".
- Forebyggende, støttende, vedligeholdende og lindrende undersøgelse og behandling, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning.
- Vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbredskontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, alle former for gigt og degenerative lidelser, herunder slidgigt og aldersbetinget rygslitage, spondylose, knogle-sygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, refluks, kronisk tarmbetændelse, irritabel tyktarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose og lignende.
- Hormonelle lidelser, herunder hormonel ubalance, symptomer på hormonel ubalance samt lignende tilstande.
- Medfødte fysiske og psykiske lidelser og lidelser, der kan relateres til fødslen/fosterstadiet, samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, deformiteter og hofteskred.
- Udredning og behandling af benlængdeforskel (anisomeli), skoliose, hoftedysplasi og dyspraksi.
- Behandling af astma og allergi.
- Udredning og behandling af analfissur, analfistel, pilonidalcyster, anal- og slimhindeprolaps samt hæmorider.
- Udredning, behandling og operation af kosmetiske lidelser samt følger heraf, herunder lidelser, som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystkorrektioner, brystforstørrende og brystformindskende operationer uanset årsag, rekonstruktion af bryst, undersøgelse af og udskiftning/fjernelse af implantater uanset årsag, pandeløft og gynækomasti.
- Udredning, behandling og operation af hængende øjenlåg (øvre og nedre).
- Behandlinger med Botox, Xiapex, MiraDry og anden behandling af svedtendens/hyperhidrose. Behandlinger, der sidestilles hermed.

- Behandling af eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, gastrisk sleeve og lignende operationer, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt. Diætistbehandling ved overvægt dækkes ud fra de særlige bestemmelser for tilvalgsdækningen "tilvalg A: akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist".
- Udredning og behandling af hudlidelser, som vi vurderer, ikke påvirker helbredstilstanden væsentligt, og/eller som vi betragter som kosmetiske eller kroniske, såsom godartede modermærker og pletter, lipomer, pigmentforandringer, akne, eksem og eksem-lignende hudforandringer, udslæt samt eksem/udslæt forårsaget af allergi, hårtab, alle former for vorter, neglesvamp, ligtorne, psoriasis, vitiligo, rosacea, hudtransplantationer, solskader i huden, aktinisk og seborroisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed. Behandling af tilbagevendende hudlidelser, behandling med Mohs' kirurgi eller lignende behandlingstyper.
- Udredning og behandling af kønssygdomme, hiv/aids samt forstadier og følgesygdomme hertil. Prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral uanset årsag samt følger heraf. Udredning og behandling af ændret seksualfunktion.
- Udredning og behandling af barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Det gælder også psykiske følger.
- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.
- Undersøgelse, kontrol, scanning, fødselsforberedelse, privat jordemoder og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel (her henviser vi til det offentlige tilbud, og vi hjælper med rådgivning i den videre proces).
- Sygdomme hos det ufødte barn. Koliksmærter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Udredning og behandling af udviklings- og opmærksomhedsforstyrrelser, herunder ADHD, ADD og undertyper, ASF (og alle underliggende typer inden for autismspektret), medmindre der er tegnet særskilt dækning herfor, samt Tourettes syndrom, demens og spiseforstyrrelser med eventuelle følger. Udredning og behandling af kønsdysfori eller følger heraf.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Samtaleterapi og medicin ved psykiater.
- Udgifter til medicin ud over dem, der er nævnt i afsnit 5.6.4 "Medicinu dgifter".
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed (f.eks. sexafhængighed, pornoafhængighed og spilafhængighed).

- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familieterapi, gruppeterapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af vedligeholdende og forebyggende karakter.
- Behandling af fobier, f.eks. flyskræk, højdeskræk, tandlægeskræk, eksamensangst og socialfobi og tilstande, der kan sidestilles hermed. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Tilbagevendende angst, herunder tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Journaler, attester, psykologiske og kognitive tests, speciallægeerklæringer, lægehenvvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.
- Udrednings- og/eller behandlingsforløb vedrørende psykiske lidelser, som vi betragter som værende af høj kompleksitet, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være forløb med komplekse sygdomsbilleder med flere samtidige psykiske lidelser og/eller forløb, der kræver tværfaglige behandlingstilbud eller særlige specialistkompetencer.
- Sygdomme eller lidelser, der er omfattet af et pakkeforløb i det offentlige sundhedsvæsen.
- Hvis du er henvist til offentligt pakkeforløb i psykiatrien.
- Udredning og behandling af hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (RFA), DC-konvertering, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolførhøjelse, åreforkalkning, forhøjet kolesterol samt forsnævring i kranspulsårerne, KAG, karkirurgi og hjerteoperationer.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, snorkeproblemer, søvnforstyrrelser, herunder søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinikker og lignende.
- Tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi, tyggeskader, tandproteser, broer, knogleopbygning, bideskinner samt gener/læsioner i tænder, mundhule og kæber. Tandskade i direkte forbindelse med en dækningsberettiget skade, hvor behandlingen er iværksat af os, dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.10 "Tandbehandling".
- Følgesygdomme ved misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Udredning, undersøgelse og behandling af alle former for symptomer på nedsat syn og indskrænket synsfelt, nær- og langsynethed, bygningsfejl, binokulært syn, samsynsproblemer, samsynstræning, synskorrigerende, øjentørhed, flydere og pletter for øjet, glaslegemeuklarhed, skelen, problemer med binokulært syn og AMD. Grå stær dækkes ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Grå stær".
- Vitrektomi, vitreolyse. Synskorrigerende linse, uanset årsag og uanset linsetype. Linseudskiftning.
- Briller, kontaktlinser og/eller synstest, synsundersøgelse eller andre synskorrigerende behandlinger og hjælpemidler.
- Udredning, undersøgelse og behandling af alle former for symptomer på nedsat hørelse, herunder almindelig høreundersøgelse, høreprøver, høreapparat eller anden høreforbedrende behandling.

- Behandlinger uden for normal arbejdstid, herunder weekend- og aftentillæg eller lignende tillæg, samt tillægsydelser i forbindelse med behandling, såsom shockwave, laserbehandling, akupunktur, massage og ultralydsscanning, medmindre andet fremgår af den enkelte dækning. Ultralydsscanning dækkes dog i relevante tilfælde ud fra bestemmelserne i afsnit 5.6 "Undersøgelse og behandling hos speciallæge".
- Bassintræning.
- Såler, indlæg, træningsudstyr, bandager, tape med mere.
- Kostplan ved behandling hos en diætist.
- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin, lattergas, opløsningsmidler eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, suicidalforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Sygdom/skade, gener, infektioner og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser, olieinjektioner, anabolske steroider, doping og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.
- Undersøgelse/behandling, der er eksperimentel, ikke er medicinsk begrundet eller ikke har dokumenteret effekt.
- Vækstfaktor- og orthokine-behandling, cryoneurolyse, PRF-behandling, PRP-behandling, HVI, hyaluronsyre (injektioner), Modic-forandringer og behandlinger, der kan sidestilles hermed.
- Udredning og behandling af langvarige og/eller kroniske smerteproblematikker på specialklinikker samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.
- Udredning og behandling på specialklinikker, f.eks. Modic-, hovedpine-, smerte-, søvn-, hoste- eller hukommelsesklinik og lignende specialklinikker.
- Fysioterapi og kiropraktik i forbindelse med astma- og allergilidelser, søvnløshed, hjerte-kar-lidelser, forhøjet blodtryk, Parkinsons sygdom, epilepsi, hukommelsessygdomme, diagnosticerede hovedpinesygdomme, kæbespændinger og kæbeproblematikker. Forsikringen dækker fagligt begrundet behandling af spændingshovedpine forårsaget af nakke-, skulder- eller rygspændinger.
- Fysioterapi til sygdom/skade/lidelse/diagnose, hvor behandlingen er dækket under ordningen om vederlagsfri fysioterapi.

- Kompliceret kirurgi på skjoldbruskkirtel og biskjoldbruskkirtler, udskiftning af proteser og lignende.
- Private udgifter, herunder udgifter til hotelophold og til ledsager, private udgifter under indlæggelse eller lignende samt udgifter til tolkebistand.
- Udrednings- og behandlingsforløb samt sygdomme, skader og lidelser, som vi vurderer som værende af høj kompleksitet og/eller højt specialiseret, og som vi vurderer, bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Dette gælder også sjældent forekommende og komplicerede sygdomsforløb, som kræver tilstedeværelse af flere tværfaglige funktioner/specialister eller flerfaglighed eller kræver særlige kirurgiske kompetencer. Det kan f.eks. være ved sygdomsbilleder med samtidig forekomst af eller mistanke om flere lidelser eller ved udredning og behandling, som ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan (eller retningslinjer) skal varetages af en højt specialiseret funktion. Det omfatter bl.a. komplicerede rekonstruktioner, amputationer, transplantationer, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperationer, protonterapi samt behandling med stamceller.
- Skade/sygdom, der skyldes krig eller krigslignende handlinger og tilstande, herunder krigsdeltagelse, borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald og lignende.
- Tilfælde af force majeure, der medfører begrænset kapacitet, herunder skade/sygdom og behov for behandling, der f.eks. skyldes samfundsmæssige handlinger, generalstrejke, naturkatastrofer, problemer med infrastruktur, it-nedbrud, hackerangreb, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, epidemier, pandemier samt virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed. Følgesygdomme og behov for behandling, der skyldes epidemier, pandemier og vacciner.

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

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige sædvanlige udgifter til sygdomme, skader og lidelser ud fra bestemmelserne i de enkelte dækninger.

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.

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, senest løbende måned plus 1 måned efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned. 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 leverandørudgifter (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.

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

Dansk Sundhedssikring kan opsig forsikringen skriftligt med en måneds varsel til fornyelsesdatoen. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsig forsikringen uden varsel.

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, 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 forsikringstageren og Dansk Sundhedssikring ophører.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne i afsnit 8.3 "Betaling af forsikringen".

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du og dine medforsikrede 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.

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

Refusion af regninger efter forsikringens ophør

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

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 subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først.

Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

8.7 Behandling af personoplysninger

Vi behandler dine personoplysninger fortroligt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Når du tegner en forsikring hos os, indhenter vi en række oplysninger i forbindelse med indtegnelse, 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 afgivet 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 anmeldte sygdomme/skader 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.

8.13 Fortrydelsesret

For privattegnede forsikringer gælder en fortrydelsesret. Det betyder, at forsikringstager kan fortryde en privatindgået aftale om forsikring efter reglerne i forsikringsaftalelovens § 34. Forsikringstager har efter reglerne i forsikringsaftaleloven krav på at få en række oplysninger, bl.a. om fortrydelsesretten og den bestilte tjenesteydelse.

Hvis du fortryder en privatindgået forsikring, har du 14 dages fortrydelsesret. Fortrydelsesretten regnes fra den dato, hvor aftalen er indgået, og hvor du er blevet informeret om forsikringsbetingelserne, hvor også fortrydelsesretten er beskrevet. Udløber fortrydelsesfristen på en helligdag, lørdag, grundlovsdag, juleaftensdag eller nytårsaftensdag, udløber fristen først den følgende hverdag.

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

Du skal sende din besked om, at du har fortrudt købet, til:

Dansk Sundhedssikring

Hørkær 12B
2730 Herlev

E-mail: sundhedsforsikring@ds-sundhed.dk.