

Betingelser - MMA

Sundhedsforsikring

Indholdsfortegnelse

1	Aftalegrundlag	3	5.6.4	Medicinudgifter	9
1.1	Hvornår gælder forsikringen	3	5.6.5	Midlertidige hjælpemidler	9
1.2	Hvad dækker forsikringen	3	5.6.6	Genoptræning efter operation	9
2	Hvem er dækket af forsikringen	3	5.6.7	Rekreation	10
2.1	Karensbestemmelser	4	5.6.8	Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske	10
3	Hvor dækker forsikringen	4	5.6.9	Transportudgifter	10
4	Brug af forsikringen	4	5.7	Fysisk sundhed	10
4.1	Lægehenvielse	4	5.8	Mental sundhed	11
4.2	Undersøgelse og behandling skal godkendes	4	5.8.1	Akut krisehjælp	13
4.3	Akut behandling er ikke dækket	4	5.9	Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist	14
4.4	Rejser og udenlandsophold	4	5.10	Hospice og terminal pleje	15
4.5	Udeblivelse fra behandling	5	5.11	Tandbehandling	15
4.6	Igangværende og planlagt behandling	5	5.12	Misbrugsbehandling	15
4.7	Udgifter til behandlinger	5	5.13	Personligt sundhedsprogram til behandling af diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom og overvægt	16
4.7.1	Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling	5	5.14	Online lægevagt	16
4.8	Valg af behandler	5	6	Hvad forsikringen ikke dækker	17
4.9	Vurdering af behandlingsbehov	6	7	Generelle bestemmelser	19
4.10	Anmeldelse af skade	6	7.1	Forsikringens varighed	19
5	Dækninger	6	7.2	Forsikringssum	19
5.1	SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning	6	7.3	Betaling af forsikringen	19
5.2	Graviditetsrådgivning	7	7.4	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	19
5.3	Kroniske sygdomme	7	7.5	Opsigelse og ophør af forsikringen	19
5.4	Følgesygdomme til kroniske sygdomme	7	7.6	Oplysningspligt	20
5.5	Smerteudredning	7	7.7	Behandling af personoplysninger	20
5.6	Undersøgelse og behandling hos speciallæge	7	7.8	Behandling af helbredsoplysninger	20
5.6.1	Efterkontrol	9	7.9	Urigtige oplysninger	21
5.6.2	Reoperation	9	7.10	Forældelse	21
5.6.3	Second opinion	9	7.11	Klagemuligheder	21
			7.12	Hvis du vil vide mere	21
			7.13	Fortrydelsesret	21

1 Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2024.

Forsikringsaftalen er tegnet gennem Forsikringselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt Dansk Sundhedssikring, "vi", "os" eller "vores".

Marsh McLennan Agency A/S, CVR-nr. 34488797, herefter benævnt "MMA", formidler sundhedsforsikringen som forsikringsformidler for Dansk Sundhedssikring.

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

Forsikringsaftalen, indgået via Dansk Sundhedssikring som forsikringsformidler, gælder mellem Dansk Sundhedssikring A/S og den person der står som forsikringstager i policen.

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

Definition af enkelte begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

Herved forstås Forsikringselskabet Dansk Sundhedssikring A/S.

2 Hvem er dækket af forsikringen

Forsikringsaftalen gælder mellem Forsikringselskabet Dansk Sundhedssikring A/S og den eller de personer, der er omfattet af forsikringen.

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

Den person, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte benævnt du/dig/din.

1.1 Hvornår gælder forsikringen

Forsikringen gælder i forsikringstiden. Forsikringen træder i kraft den 1. i måneden efter forsikringens tegning, medmindre en anden ikrafttrædelsesdato er aftalt. Karensperioden begynder ved forsikringens ikrafttrædelse, jf. punkt 2.1 "Karensbestemmelser". Forsikringsdækningen gælder for én måned ad gangen og forlænges automatisk hver måned, medmindre forsikringen ophører af andre grunde.

1.2 Hvad dækker forsikringen

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

Forsikringen kan tegnes af forsikringstagere over 18 år. Forsikringen ophører, når den opsiges af en af parterne eller ved forsikringstagers dødsfald. Forsikrede kan også være børn under 21 år. Efter det 21. fyldte år videreføres forsikringen automatisk, jf. punkt 7.5. Der er ingen øvre aldersgrænse for forsikrede. Prisen for forsikringen stiger ved forsikredes 60. år og igen ved forsikredes 68. år.

Hvert barn under 21 år skal påføres policen separat for at være dækket af forsikringen. Forsikringstager skal derfor selv kontakte MMA for at få barnet påført policen, hvis barnet ønskes omfattet af forsikringsdækningen.

2.1 Karensbestemmelser

Der er 24 måneders karens for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at man skal have været omfattet af forsikringen i 24 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.

3 Hvor dækker forsikringen

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

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

4 Brug af forsikringen

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

4.1 Lægehenvi sning

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

4.2 Undersøgelse og behandling skal godkendes

Vi skal altid godkende al undersøgelse og behandling, inden den påbegyndes. Det er derfor vigtigt, at du ikke igangsætter behandling uden forudgående skriftlig god-

Anciennitet fra anden sundhedsforsikring kan overføres ved direkte overgang, og maksimum 2 måneder bagud fra anden sundhedsforsikring. Dette gælder dog ikke ved kroniske lidelser, medmindre andet fremgår af aftalen. Der gælder særlige karensbestemmelser for dækningen af misbrug, jf. punkt 5.12 "Misbrugsbehandling".

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

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

kendelse, da vi ellers kan afvise dækningen. Det gælder også, hvis der sker ændringer i den behandling, der er aftalt med os.

4.3 Akut behandling er ikke dækket

Akut behandling og akutte situationer er ikke dækket af forsikringen, herunder undersøgelse og behandling, som kræver hurtig assistance og som ikke kan afvente planlagt behandling. Det gælder f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnoseområder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, herunder kræftpakker, livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom. Har du brug for akut hjælp, herunder skadestue eller ambulance, skal du altid kontakte din egen læge, Lægevagten, Akuttefonen, skadestue eller 112. Forsikringen dækker udgifter til psykologbehandling ved akut krisehjælp.

4.4 Rejser og udenlandsophold

Forsikringen dækker ikke udgifter til undersøgelse og behandling af sygdom/skade opstået på rejser eller under ophold i udlandet. Behandling vil først være dækket

efter hjemkomst til din faste bopæl og ud fra de generelle betingelser. Det gælder også, hvis du opholder dig på Grønland eller Færøerne.

4.5 Udeblivelse fra behandling

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

4.6 Igangværende og planlagt behandling

Behandlinger, som er igangsat eller planlagt inden opstart af denne forsikring, dækkes ikke. Har du anmeldt en skade hos dit tidligere forsikringselskab, dækker vi først skaden efter 3 måneder regnet fra datoen, hvor du indtræder i ordningen hos os, medmindre andet fremgår af aftalen. Når vi overtager en skade fra dit tidligere forsikringselskab, vil den være dækket ud fra vores gældende forsikringsbetingelser.

4.7 Udgifter til behandlinger

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

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

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

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

4.7.1 Takster for fysioterapi, kiropraktik og psykologbehandling

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

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. I de tilfælde, hvor vi dækker holdtræning hos fysioterapeut som led i behandlingen, dækkes holdtræning svarende til patientandelen for

holdtræning ved almindelig fysioterapi, som indeksreguleres årligt.

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

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

Øvrige behandlingstakster fremgår af de enkelte dækninger.

4.8 Valg af behandler

Behandlingen skal efter vores vurdering forventeligt kunne kurere lidelsen eller væsentligt og varigt forbedre helbredstilstanden. Behandlinger af forebyggende karakter er ikke dækket.

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

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

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

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

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

Behandlingsmetoden skal altid være godkendt af os. Der dækkes ikke udgifter til undersøgelse eller behandling udført af dig, dine familiemedlemmer eller en virksomhed tilhørende en af disse.

4.9 Vurdering af behandlingsbehov

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

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

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

Du er forpligtet til at give os de oplysninger, som vi vurderer er nødvendige for at træffe vores afgørelse, f.eks. lægehenvielse eller kopi af journal.

Som led i vores vurdering af, om en skade er dækket, eller om udgifterne er rimelige, kan vi kræve, at der foretages en ny vurdering hos en læge anvist af os.

5 Dækninger

Afsnittet indeholder de forskellige dækninger. De samlede forsikringsbetingelser gælder for alle afsnit, men med de særlige regler og undtagelser, som gælder for den enkelte dækning.

Dækningerne er beskrevet i de følgende punkter:

5.1 SundhedsNavigator

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

4.10 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden. Den hurtigste måde at anmelde en skade er ved at anmelde den online via vores hjemmeside ds-sundhed.dk. Anmeldte skader behandles hurtigt og i de fleste tilfælde dag til dag. Anmeldelse kan også ske telefonisk.

Hvis du har spørgsmål til din forsikring, eller hvis din henvendelse drejer sig om en eksisterende sag, kan du kontakte sundhedsteamet via Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Forsikrede over 18 år inklusive myndige børn over 18 år, der er forsikrede på policer tegnet af forældre, bedsteforældre eller andre forsikringstagere end det forsikrede barn, skal selv anmode om dækning under forsikringen. For forsikrede børn under 18 år er det alene forældre, der er indehavere af forældremyndigheden, som kan anmode om dækning under forsikringen. Det gælder også, såfremt forsikringstageren ikke har forældremyndigheden, for eksempel en bedsteforælder.

Dén, der anmoder om dækning eller hjælp til børn under 18 år, skal på vores anmodning dokumentere sin egen identitet og forældremyndighed.

Akut krisehjælp

Hvis din anmeldelse vedrører akut krisehjælp, kan du kontakte os telefonisk hele døgnet på telefon 70206121. Ringer du uden for vores åbningstid, vil du via hovednummeret blive omstillet til vores akutte vagttelefon. Du skal altid informere vagthavende om, at du er forsikret hos Dansk Sundhedssikring.

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

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

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

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi hjælp til at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystemets behandlingstilbud – f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, erstatning, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg samt udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, arrangere transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

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

5.2 Graviditetsrådgivning

Sundhedsforsikringen tilbyder telefoniske rådgivningsforløb til gravide og nybagte forældre ved en personlig graviditetsrådgiver. Vores graviditetsrådgivere har alle relevant sundhedsfaglig baggrund, f.eks. sygeplejersker med erfaring fra neonatal- og barselsafsnit og tilbyder telefoniske rådgivningssamtaler om emner som graviditetsgener, gravid på arbejde, den første tid efter fødslen, forælderrollen, abort, kost, livsstil, arbejdsliv, fødsel, parforhold, efterreaktioner, fødselsdepression, barsels- og ammerådgivning og barnets trivsel og udvikling.

Graviditetsrådgiveren vurderer på baggrund af dialogen med dig, om der er behov for en opfølgende samtale. Hvis der ikke er en ledig graviditetsrådgiver, vil du blive ringet op på et aftalt tidspunkt.

5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i 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.

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

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

5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

Undersøgelse og behandling af følgesygdomme, som opstår i forsikringstiden som en direkte følge af en kronisk sygdom, dækkes i op til 6 måneder fra 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.

5.5 Smerteudredning

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

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

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

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

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

Lægehenvi sning

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

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

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

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

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling hos et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til.

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

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

Undersøgelser- og behandlingsgarantien dækker ikke:

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

Hudlidelser

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

rådgivning, offentlig navigation og hjælp til tidsbestilling til alle hudlidelser.

Hudkræft (basalcellekræft)

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

Allergiudredning

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

Grå stær

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

Åreknuder

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

Kræft

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

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

Hjertesygdomme

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

Misbrugsrådgivning

Misbrugsbehandling dækkes som beskrevet i punkt 5.12 "Misbrugsbehandling". Sundhedsteamet tilbyder altid rådgivning ved f.eks. alkohol- og narkotikamisbrug og kan vejlede om offentlige behandlingstilbud.

5.6.1 Efterkontrol

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

5.6.2 Reoperation

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

5.6.3 Second opinion

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

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

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

Står du overfor en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed omkring din diagnose eller behandlingsform, tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform (third opinion).

5.6.4 Medicinudgifter

Forsikringen dækker rimelige udgifter til 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 både fås 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. Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

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

5.6.6 Genoptræning efter operation

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

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

Genoptræning i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Genoptræning uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger ved selvvalgt behandler ud fra en faglig vurdering. Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for flere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteamet, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i vores vurdering kan vi bede om en status, genoptræningsplan, eller en behandlingsplan fra din behandler. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

5.6.7 Rekreation

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

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

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

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

5.6.8 Hjemmehjælp/hjemmesygeplejerske

Forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til midlertidig hjælp i hjemmet i direkte forlængelse af en dækningsberettiget operation iværksat af os. Som et nødvendigt led i behandlingen skal hjælpen være ordineret af behandlende speciallæge. Der dækkes midlertidig hjælp til rengøring, indkøb, personlig hygiejne og på- og afklædning i maksimalt 6 måneder regnet fra udskrivelsesdatoen. Der dækkes ikke hjemmehjælp i de tilfælde, hvor behovet kan tilskrives alderdom, demens, senilitet eller lignende. Vi kan vælge, at det skal være hos en hjemmeservicevirksomhed anvist af os.

5.6.9 Transportudgifter

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

Refusion af regninger vedrørende transport skal være indsendt senest 3 måneder efter at behandlingen er afsluttet, for at du er berettiget til refusion.

Transport til og fra undersøgelse og behandling

Forsikringen dækker transportudgifter til og fra dækningsberettiget undersøgelse/behandling hos speciallæge i de tilfælde, hvor vi henviser dig til et hospital eller en klinik mere end 75 km fra din bopæl. Der dækkes med

statens laveste takst for kørsel i egen bil eller billigste offentlige transportform.

Sygetransport (liggende)

Forsikringen dækker liggende sygetransport mellem hjemmet til og fra dækningsberettiget indlæggelse/operation.

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

Medicinsk ledsager

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

5.7 Fysisk sundhed

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

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

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

Træningsapp

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

Fysioterapeut og kiropraktor

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

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

For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientande-
len efter den takst, der gælder for almen kiropraktik.

Behandling i Dansk Sundhedssikrings netværk

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

Forsikringen dækker det nødvendige antal behandlinger
hos egen valgt fysioterapeut eller kiropraktor i op til 6 må-
neder pr. sygdomsregion (knæ, skulder, hofte, nakke, ryg
osv.). Behandlingerne tildeles i portioner. Er der behov for
yderligere behandlinger, skal du kontakte sundhedsteam-
et, der vurderer og bevilger flere behandlinger. Som led i
vores vurdering kan vi bede om en lægefaglig vurdering
eller en skriftlig begrundelse for fortsat behandling fra
fysioterapeuten eller kiropraktoren. Du afregner selv med
behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal
du indsende en kopi af alle originale regninger. Regnin-
ger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste
behandling for at være berettiget til refusion.

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

Online fysioterapi

Ved behandling hos en fysioterapeut, kan vi i relevante
tilfælde henvise dig til et online forløb hos fysiotera-
peuter, som vi har indgået samarbejde med. Forløbet
indeholder videokonsultationer med fysioterapeut, selv-
stændig træning, vejledning og løbende opfølgning med
fysioterapeuten via video og chatfunktion og efterfølgen-
de adgang til en digital træningsplatform.

GLA:D-træning for hofte, knæ og ryg

Hvis du får diagnosticeret artrose i hofte eller knæ,
langvarige (mere end 3 måneder) eller tilbagevendende

rygsmerter, kan vi ud fra en faglig vurdering vælge at
dække et GLA:D-træningsforløb. Sundhedsteamet kan
visitere direkte til behandling.

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

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

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

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

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

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

Behandling i Sverige, Norge og Tyskland

Er du bosat i Sverige, Norge eller Tyskland, dækker vi
godkendt behandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud
til behandlingen svarende til de danske beløb/takster.
Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores
netværk eller hos en behandler anvist af os.

5.8 Mental sundhed

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

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

Vi kan tilbyde rådgivning ved stress-, trivsels- og livsfor-
andringsudfordringer og visitere til en række forskellige

behandlingsformer, herunder telefonisk, online, eller fysisk behandling samt et specialiseret behandlingsprodukt til børn. Forløbstypen vil være afhængig af den enkelte sag og sundhedsteamets faglige vurdering. De nærmere bestemmelser fremgår af de enkelte afsnit.

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

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

Forebyggende stress- og trivselslinje

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

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

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

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

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

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

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

Vi kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering give dig 6 måneders adgang til en mental sundhedsapp. Appen er baseret på kognitiv adfærdsterapi og lærer børn mellem 8 og 16 år og deres forældre at håndtere svære følelser og emner

som sorg, mobning, generthed, skilsmisse, social angst, søvnproblemer, afhængighed af gaming samt mindfulness til børn og voksne.

Digital ADHD/ADD-vejledning ved psykiater og specialuddannet psykolog

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

Behandling hos psykolog og psykoterapeut

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

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

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

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

Behandling i Dansk Sundheds sikrings netværk

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

• Telefoniske forløb

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

• Online behandlingsforløb

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

• Stresshåndteringsforløb

Alle forløb tilpasses den enkelte og kan indeholde adgang til materiale, online coachforløb og/eller et online eller fysisk forløb.

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

Behandling uden for Dansk Sundhedssikrings netværk

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

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

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

Cool Kids/Chilled angstbehandlingsprogram til børn

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

Programmet tilbydes som et gruppeforløb for børn/unge og deres forældre eller i enkelte tilfælde som individuelt forløb. Forløbet indledes med en individuel samtale med en psykolog, hvor det afklares, om barnet er i målgruppen. Forløbslængden afhænger af en faglig vurdering. Der dækkes ét angstforløb i forsikringstiden. Vi betragter forløbet som afsluttet, hvis du vælger at afbryde behandlingen før tid. I de tilfælde, hvor vi ikke dækker angstprogrammet – f.eks. hvis psykologen vurderer, at programmet ikke er relevant – vil dækningen for almindelig psykologhjælp være gældende.

Behandling i Sverige, Norge og Tyskland

Er du bosat i Sverige, Norge eller Tyskland, dækker vi godkendt psykologbehandling i bopælslandet. Vi dækker tilskud til behandlingen svarende til de danske beløb/takster. Vi kan vælge, at det skal være hos en behandler i vores netværk, eller hos en behandler anvist af os.

Psykiater

Forsikringen dækker nødvendige lægehenviste konsultationer hos psykiater, hvis vi vurderer, at det er muligt at opnå en væsentlig og varig forbedring af helbredstilstanden. Det er en forudsætning for dækning, at lidelsen er dækningsberettiget. Konsultationerne tildeles i portioner, og vi henviser til en behandler. Du kan også selv vælge, hvilken psykiater der benyttes. Her dækker forsikringen behandlerens takst, dog maksimalt 2000 kr. pr. konsultation.

5.8.1 Akut krisehjælp

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

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

- Brand, eksplosion eller indbrud i din private bolig eller egen virksomhed (skal være politianmeldt).
- Hvis du diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Dødsfald hos nærmeste pårørende.
- Hvis nærmeste pårørende diagnosticeres med en livstruende sygdom.
- Hvis du overværer et familiemedlem eller en kollega pludselige uventede død eller pludselige alvorlige hændelse/ulykke.

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

Der er ikke krav om lægehenvielse. Sundhedsteamet vurderer, om der er behov for akut krisehjælp, eller om der skal henvises til anden behandling. Hvis vi vurderer, at du har brug for akut krisehjælp, vil vi finde en psykolog til dig i vores netværk. Der vil være telefonisk kontakt med psykologen inden for 3 timer, efter anmeldelsen er godkendt. Det efterfølgende forløb vil være afhængigt af hændelsens karakter og behandlerens faglige vurdering.

Ved anmeldelse mere end 48 timer efter krisens årsag har fundet sted, vil dækningen for almindelig psykologhjælp altid være gældende.

Der dækkes ikke akut psykologbehandling i udlandet.

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

5.9 Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist

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.

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

Behandlingerne skal være udført af RAB-godkendt zoneterapeut eller akupunktør, autoriseret osteopat eller autoriseret klinisk diætist. Du afregner selv med behandleren. Når dit behandlingsforløb er afsluttet, skal du indsende en kopi af alle originale regninger. Regninger skal være indsendt senest 3 måneder efter sidste behandling for at være berettiget til refusion.

Akupunktur

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

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

Zoneterapi

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

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

Osteopati

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

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

Diætist

Der dækkes lægeligt begrundet behandling hos en autoriseret klinisk diætist. Der dækkes det antal nødvendige behandlinger, der er sundhedsfaglig begrundelse

for, dog maksimalt 10 behandlinger pr. sygdom/skade og maksimalt 10 behandlinger pr. kalenderår. Der dækkes udarbejdelsen af 1 kostplan pr. sygdom/skade.

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

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

5.10 Hospice og terminal pleje

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

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

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

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

5.11 Tandbehandling

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

5.12 Misbrugsbehandling

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

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

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

Lægehenvielse

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

Behandling skal godkendes

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

Tidligere behandling

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

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

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

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

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

Ved diagnosticeret diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom eller svær overvægt (BMI på 30 og derover) kan vi ud fra en faglig vurdering henvise dig til et personligt digitalt sundhedsprogram til håndtering af livsstil og kronisk sygdom. Du får adgang til et individuelt tilpasset forløb med digital sundhedsfaglig coaching, rådgivning og skræddersyede sundhedsplaner ved en erfaren klinisk diætist. Forløbet kan ud fra en faglig vurdering kombineres med digital personlig rådgivning ved en psykolog, fysioterapeut og/eller en speciallæge. Programmet tilbydes hos en erfaren leverandør i vores kvalitetssikrede netværk.

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

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

5.14 Online lægevagt

Der dækkes nødvendige sundhedsfaglige konsultationer hos privat lægevagt til den samlede husstand, dvs. forsikrede, ægtefælle/samlever samt husstandens hjemmeboende børn under 24 år.

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

Du kan f.eks. få hjælp til mellemørebetændelse, bihulebetændelse, øjenbetændelse, forkølelse og influenza, hovedpine og migræne, muskel- og ledsmerter, astma, allergi, sår, hududslæt og eksem, opkast og diarré, urinvejsinfektion, søvnproblemer, psykiske lidelser, prævention, graviditet og amning og syge børn med feber. Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af eksisterende sygdom, bør du straks kontakte lægevagten/1813 eller 112.

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

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

Lægevagten udskriver ikke recepter på medicin, der er vanedannende eller medicin med misbrugspotentiale, f.eks. sovemedicin, beroligende medicin og morfika. Lægevagten kan altid ud fra et fagligt skøn, vælge ikke at udskrive medicin og i stedet henvise til offentlige behandlingstilbud.

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

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

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

Sådan anvender du lægetjenesten

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

Når du bruger lægevagten, er du datasikret, og vi har ikke adgang til oplysninger om, hvad du har talt med lægen om. Du kan læse mere om brug af lægetjenesten via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

6 Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Akut behandling og akutte situationer, som kræver hurtig assistance og ikke kan afvente planlagt behandling (f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, knoglebrud, blodpropper, hjerneblødning, hjertesygdom og øvrige diagnose-områder, som vi og/eller det offentlige definerer som akutte, og som kræver øjeblikkelig behandling (f.eks. livstruende kræft og iskæmisk hjertesygdom) samt kræftpakkeforløb.
- Forebyggende og vedligeholdende undersøgelse og behandling, vaccinationer, helbredsundersøgelser, helbreds kontrol og anden forebyggende kontrol.
- Kroniske/varige sygdomme, der er opstået/blevet symptomgivende og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske lidelser, som opstår i forsikringstiden dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Af kroniske lidelser kan nævnes diabetes type 1 og 2, stofskiftelidelser, blodsygdomme, forhøjet blodtryk, arveligt betinget kolesterolforhøjelse, åreforkalkningssygdomme, alle former for gigt- og degenerative lidelser (slidgigt), aldersbetinget rygsnitage (spondylose), knoglesygdomme, muskel- og bindevævssygdomme, knyster, nedsunken forfod, kroniske smerter, fibromyalgi, Scheuermanns sygdom, knogleskørhed, kronisk bronkitis, cystisk fibrose, migræne, epilepsi, Parkinsons sygdom, piskesmæld, dissemineret sklerose, ALS, mavesår, reflux, kronisk tarmbetændelse, irriteret tyk-tarm, grøn stær, tinnitus, Ménières sygdom, kolesteatom, endometriose, vaginal atrofi, klimakteriegener, hormonelle lidelser og lignende.
- Medfødte lidelser, og lidelser der kan relateres til fødsel/fosterstadiet samt følger heraf. Det kan f.eks. være stramt tungebånd, hoftedysplasi, deformiteter, hofteskred og skoliose. Udredning og behandling af astma, benlængdeforskel (anisomeli) og dyspraksi dækkes ikke.
- Udredning og behandling af analfistel, analfissur og pilonidalcyster.
- Kosmetiske behandlinger og operationer samt følger heraf, herunder lidelser som i disse betingelser betragtes som kosmetiske, f.eks. brystforstørrende og brystformindskende operationer, rekonstruktion af bryst, problemer med kosmetiske implantater, pandeløft, hængende øjenlåg (nedre og øvre) og gynækomasti. Der dækkes ikke behandlinger med botox, Xiapex, behandling af svedtendens.
- Behandling eller operation for overvægt/fedme samt følger heraf, herunder gastrisk bypass, operation af overskydende hud efter vægttab. Psykologbehandling for overvægt. Der dækkes diætistbehandling ved overvægt ud fra de særlige bestemmelser for dækningen "Akupunktur, zoneterapi, osteopati og diætist".
- Alle former for vorter, godartede modermærker og pletter, lipomer, akne, eksem, psoriasis, vitiligo, rosacea, solskader i huden, hudtransplantationer, aktinisk og seborøisk keratose og hudlidelser, som kan sidestilles hermed.
- Gener, infektion og andre følger af implantater, tatoveringer, piercinger, proteser og lignende. Komplikationer efter behandling/operation foretaget i det offentlige eller private sundhedsvæsen. Udskiftning af proteser og implantater, der kan foretages i det offentlige.
- Kønssygdomme, HIV/AIDS samt forstadier og følgesygdomme heraf. Alle former for prævention, herunder sterilisation, opsættelse og fjernelse af spiral (gælder også ved menoragi) samt følger heraf. Udredning og behandling af seksuel dysfunktion.
- Udredning og behandling for barnløshed og fertilitet samt følger heraf. Dette gælder også psykiske følger.
- Abort. Forsikringen dækker lægehenvist psykologbehandling af behandlingskrævende efterfødselsreaktion, fødselsdepression og gener efter abort.
- Ved undersøgelse, kontrol, scanning og lignende i forbindelse med graviditet og fødsel, henviser vi til de offentlige tilbud. Vi hjælper med rådgivning i den videre proces.

- Sygdomme hos det ufødte barn. Kolikmerter og koliklignende tilstande hos børn samt vokseværk og børneinkontinens.
- Behandling og udredning af ADHD med undertyper, Aspergers og lidelser inden for autismspektret, demens, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser samt følger heraf. Behandling og udredning af kønsdysfori.
- Behandling af alvorlig psykisk sygdom, f.eks. bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, skizofreni, psykoser, PTSD og diagnosticeret kompliceret sorg. Behandling af diagnosticerede psykiske sygdomme, der hører under de offentlige pakkeforløb.
- Adfærdskorrigerende behandling ved psykolog, f.eks. problemer med temperament, utroskab, kleptomani, trøstespisning og afhængighed.
- Parterapi, forældre- og familiesamtaler, familierapi, coaching, selvudvikling, personlig udvikling og lignende, støttende og vedligeholdende samtaler samt psykologbehandling af forebyggende karakter dækkes ikke.
- Alle former for fobier, f.eks. flyveskræk, højdeskræk og eksamensangst. Behandling af OCD, angst grundet OCD og følgetilstande hertil. Der dækkes ikke socialfobi samt tilbagevendende tilfælde af panikangst, angstanfald og generaliseret angst.
- Udgifter til journaler, attester, psykologiske- og kognitive tests, speciallægeklæringer, lægehenvisninger, lægeanbefalinger, som ikke er bestilt af os, deltagelse i møder med kommune, skole og andre.
- Konsultationer ved neuropsykolog.
- Samtaleterapi og medicinudgifter ved psykiater.
- Hjerterytmeforstyrrelser, herunder radiofrekvensablation (RFA) og DC-konvertering samt hjerteoperationer.
- Udredning og behandling af søvnproblemer, søvnforstyrrelser, f.eks. søvnapnø og snorkebehandling. Behandling på søvnklinik.
- Alle former for tand- og tandlægebehandling, tandkirurgi, kæbekirurgi og bideskinner (tandbehandling dækkes dog ud fra bestemmelserne i punkt 5.11 Tandbehandling).
- Følgesygdomme af misbrug af medicin, alkohol, narkotika eller andre rusmidler.
- Nedsat syn og nedsat hørelse, herunder skelen, samsynsproblemer, synskorrigerende, vitrektomi, briller, kontaktlinser og/eller synstest, operation for nær- og langsynethed samt bygningsfejl, synskorrigerende linse ifm. operation for grå stær, høreforbedrende behandling, høreapparater og høreprover.
- Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, sportstape med mere.
- Skader opstået som følge af eller under udførelse af professionel sport. Ved professionel sport forstås sportsudøvelse, hvor du modtager betaling fra sportsklub eller sponsorer, og hvor sporten drives som hovederhverv.
- Sygdom/skade, der direkte eller indirekte, skyldes selvforskyldt beruselse, påvirkning af narkotika, medicin eller andre rusmidler. Selvforskyldt skade fremkaldt med fortsæt eller grov uagtsomhed, f.eks. slagsmål, selvmordsforsøg, deltagelse i strafbare handlinger. Skader, som skyldes, at du ikke har fulgt sundhedsfaglige anbefalinger.
- Skade/sygdom, der skyldes krig, krigslignende handlinger og tilstande, herunder borgerkrig, borgerlige uroligheder, oprør, revolution, terrorisme, bakteriologiske og kemiske angreb, kernereaktioner, atomenergi, radioaktive kræfter, bestråling fra radioaktivt brændstof og affald, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner i forbindelse hermed.
- Undersøgelse/behandling, der ikke er medicinsk begrundet eller har dokumenteret effekt.
- Eksperimentelle og alternative behandlinger/behandlere, f.eks. naturlæger, hypnotisører og kropstereapeuter.
- Vækstfaktor og orthokine behandling, PRF-behandling, PRP-behandling, hyaluronsyre (injektioner) og modic forandringer.
- Konsultationer hos alment praktiserende læge, speciallæge i almen medicin eller udenlandske læger, der kan sidestilles hermed.

- Udredning og behandling, som vi betragter som kompliceret og højt specialiseret, og som vi vurderer bedst udføres i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan f.eks. være komplicerede rekonstruktioner, organdonation og organtransplantation, dialysebehandling, kønsskifteoperation, protonterapi og behandling med stamceller.

7 Generelle bestemmelser

7.1 Forsikringens varighed

Forsikringens varighed fremgår af forsikringsaftalen. Forsikringer som er tegnet for en måned ad gangen bliver automatisk forlænget for en måned ad gangen, medmindre andet fremgår af forsikringsaftalen.

7.2 Forsikringssum

Forsikringssummen er 3.000.000 kr. pr. person pr. år. Beløbet er fast og reguleres ikke. Hvis en forsikret opbruger forsikringssummen, dækkes ikke yderligere udgifter.

7.3 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen.

Forsikringstager har ansvaret for, at MMA på vegne af Dansk Sundhedssikring modtager betalingen rettidigt. Sammen med betalingen opkræver MMA eventuelle gebyrer, herunder udgifter til porto, der dækker ekspeditionsomkostninger ved betalingen. MMA opkræver også eventuelle afgifter til staten.

Sidste rettidige betalingsdag fremgår af opkrævningen.

Manglende betaling

Hvis forsikringen ikke betales senest sidste rettidige betalingsdag, så sender MMA en opsigelse tidligst 14 dage efter udløbet af betalingsfristen med oplysning om, at forsikringsdækningen ophører, hvis forsikringen ikke er betalt senest 21 dage efter opsigelsen. MMA har ret til at opkræve et opsigelsesgebyr.

7.4 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

Præmien kan indeksreguleres én gang årligt pr. 1. januar på grundlag af ændringer i nettoprisindekset fra Danmarks Statistik eller tilsvarende, hvis nettoprisindekset ophører.

Præmieændringer som følge af indeksregulering og pålagte afgifter og lignende fra offentlig side betragtes ikke som ændring af præmien og vil ikke blive varslet.

Dansk Sundhedssikring kan, udover indeksreguleringen ændre i forsikringsbetingelserne og/eller præmien for allerede etablerede ordninger med 1 måneds skriftligt varsel til udgangen af en måned.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsiges forsikringen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen.

Opsiges forsikringen ikke skriftligt, så fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller ændrede præmie.

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

7.5 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringer som er tegnet for en måned ad gangen, bliver automatisk forlænget for en måned ad gangen.

Forsikringstager kan opsiges forsikringen på portalen mmaforsikring.dk/ under "mine forsikringer" med løbende måned plus en måned. MMA kan opsiges forsikringen skriftligt med løbende måned plus en måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan MMA opsiges forsikringen uden varsel. Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne under punkt 7.3 "Betaling af forsikringen".

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

Forsikringen ophører under alle omstændigheder på det tidspunkt, hvor den overordnede aftale mellem MMA og Dansk Sundhedssikring ophører. I disse tilfælde vil forsikringstager modtage en opsigelse af forsikringen

under bestemmelserne under "Opsigelse og ophør af forsikringen".

Dækning ved ophør af forsikringen

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

Medforsikrede børn, der i betalingsperioden fylder 21 år, er dækket frem til næste betalingsperiode. Efter det 21. fyldte år videreføres forsikringen automatisk, hvor der betales som for voksne over 18 år. Videreførelsen vil da ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis forsikringen ikke ønskes videreført, skal forsikringen opsiges efter gældende opsigelsesvarsel jf. punkt 7.5.

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 være berettiget til refusion.

7.6 Oplysningspligt

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

Vi har ret til at spørge til dit helbred, og du er forpligtet til at give os alle relevante oplysninger, herunder tilladelse til at vi indhenter nødvendige oplysninger hos læger, hospitaler og andre behandlere, der har relevant kendskab til dit helbred.

Vi kan indhente de oplysninger, som vi anser for nødvendige, herunder at få udleveret journaler eller andet skriftligt materiale om dit helbred. Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og efter forsikringens ikrafttrædelse.

Hvis du flytter, skal vi altid have besked om dette.

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

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 for-

bindelse 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.

7.7 Behandling af personoplysninger

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

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

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

7.8 Behandling af helbredsoplysninger

Der er ikke krav om afgivelse af helbredsoplysninger, når du tegner en forsikring hos os. Ved anmeldelse af en sygdom/skade accepterer du, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis vi vurderer det relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade. Oplysningerne kan vi hente fra sundhedsvæsenet, offentlige myndigheder, herunder kommuner, Arbejdsskade styrelsen, forsikringsselskaber, pensionsselskaber, Sundhed.dk mv. Oplysninger indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

Ved anmeldelse af skade accepterer forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år, at vi må indhente oplysninger om helbredsforhold, hvis det er relevant i forbindelse med den anmeldte sygdom/skade.

Forsikrede eller indehaveren af forældremyndigheden for forsikrede under 18 år har pligt til at give os de oplysninger, som vi mener er nødvendige, for at afgøre om vi dækker samt omfanget af dækningen.

7.9 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.

7.10 Forældelse

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

7.11 Klagemuligheder

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

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

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

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

Lovvalg

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

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

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

7.12 Hvis du vil vide mere

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

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

MMA kan kontaktes for spørgsmål om sundhedsforsikringen, policen, betaling af præmie samt øvrige spørgsmål om sundhedsforsikringen på telefon 45959675 eller på e-mailadressen: mmaforsikring@mmc.com.

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

MMA Forsikring
Tromsøgade 2
2100 København Ø

E-mail: mmaforsikring@mmc.com.

Du kan også gå ind på: mmaforsikring.dk.