

Betingelser – privat – MMA

Familie360

**Sundhedsfaglig rådgivning og
sundhedsnavigation ved alvorlig sygdom**

Indholdsfortegnelse

1.	Aftalegrundlag	4
1.1	Hvornår gælder forsikringen?	5
1.2	Hvad dækker forsikringen?	5
2.	Hvem er dækket af forsikringen?	5
2.1	Karensbestemmelser	6
3.	Hvor dækker forsikringen?	6
4.	Brug af forsikringen	6
4.1	Henvi sning til offentligt sygehus	6
4.2	Anmeldelsen skal godkendes	7
4.3	Igangværende og planlagt undersøgelse/behandling	7
4.4	Assistance ved akut indlæggelse og akut behandling	7
4.5	Sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation under udlandsophold	7
4.6	Forlængelse af dækningsperiode ved udeblivelse fra sygehusaftaler og aflysning	7
4.7	Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i et forskningsprojekt	8
4.8	Anmeldelse af skade	8
5.	Hvad dækker forsikringen?	8
5.1	Din kontaktsygeplejerske	8
5.2	Sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter	9
5.3	Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald	10
5.4	Medlemskab af patientforening	10
5.5	Rådgivning om mulighed for second opinion	10
5.6	DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demenssygdom (tillæg s dækning)	11

6.	Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske	11
6.1	Samtykke og fuldmagt	11
7.	Hvad forsikringen ikke dækker	12
8.	Generelle bestemmelser	13
8.1	Forsikringens varighed	13
8.2	Betaling af forsikringen	13
8.3	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	13
8.4	Opsigelse og ophør af forsikringen	14
8.5	Oplysningspligt	14
8.6	Behandling af personoplysninger	15
8.7	Behandling af helbredsoplysninger	15
8.8	Urigtige oplysninger	16
8.9	Forældelse	16
8.10	Klagemuligheder	16
8.11	Hvis du vil vide mere	17
8.12	Fortrydelsesret	17

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

Forsikringsaftalen er tegnet gennem Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S, CVR-nr. 34739307 – i det følgende benævnt "Dansk Sundhedssikring".

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, eventuelle tillæg til forsikringsaftalen og forsikringsbetingelserne knyttet til forsikringsaftalen. For forsikringen gælder i øvrigt dansk lovgivning, herunder lov om forsikringsaftaler, lov om forsikringsvirksomhed og lov om finansiel virksomhed.

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

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

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, som vi har indgået forsikringsaftalen med.

Forsikrede

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

Demens

Demens er en fællebetegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved vedvarende svækkelse af mentale funktioner, f.eks. alzheimers.

Alvorlig ulykke

En alvorlig ulykke defineres i disse betingelser som en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Hændelsen skal være pludselig, uventet og tilfældig.

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. afsnit 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 sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i relation til alvorlig eller kritisk sygdom og ulykke, som er beskrevet i disse betingelser, og hvor der er henvist til udredning og behandling på et offentligt dansk sygehus.

Forsikringen omfatter alene de sygdomme/lidelser, som er nærmere defineret i betingelserne i afsnit 5.2.

2. Hvem er dækket af forsikringen?

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

Forsikringen kan tegnes af privatpersoner, der er fyldt 21 år, og omfatter følgende personer:

- Dig selv
- Din ægtefælle/samlever
- Dine/din ægtefælles/samlevers biologiske børn, adoptivbørn eller børn, som du eller din ægtefælle/samlever er juridisk forælder for, uanset om de har folkeregisteradresse hos dig eller ej
- Dine biologiske forældre, adoptivforældre, stedforældre eller juridiske forældre uanset alder og din ægtefælles/samlevers biologiske forældre, adoptivforældre, stedforældre eller juridiske forældre uanset alder – der kan maksimalt være indtegnet 4 forældrepersoner ad gangen.

Registreringen af de forsikrede kan ske på mmaforsikring.dk.

Forsikringen ophører, når den opsiges af en af parterne, eller ved forsikringstagers dødsfald.

De forsikrede skal have fast folkeregisteradresse i Danmark (ekskl. Grønland og Færøerne), have dansk sundhedskort og have ret til at modtage Danmarks offentlige sygesikringsydelse i sygehusregi.

Udstationerede og eventuelle medforsikrede, der udstationeres sammen med den forsikrede, er kun dækket, hvis undersøgelse og behandling foretages på et offentligt sygehus i Danmark.

Der dækkes ikke transport til og fra Danmark.

2.1 Karensbestemmelser

Der er 6 måneders karen for eksisterende sygdomme, skader og lidelser. Det betyder, at man skal have været omfattet af denne forsikring i 6 måneder, før forsikringen kan dække sygdom/lidelse, der er opstået og/eller diagnosticeret, før forsikringen trådte i kraft.

Sygdom/lidelse, der opstår efter forsikringens ikrafttrædelse, dækkes ud fra de gældende forsikringsbetingelser.

3. Hvor dækker forsikringen?

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation (nærmere beskrevet i afsnit 5) vedrørende alvorlig ulykke og de 20 sygdomme/lidelser, som er nævnt i forsikringsbetingelserne, og hvor udredning, undersøgelse og behandling foregår i offentligt sygehusregi i Danmark, eller hvor det offentlige sygehus, som et led i udredning og behandling, har henvist til eller omvisiteret til et sygehus, som regionen har aftale med.

Undersøgelse og behandling foretaget i Grønland eller på Færøerne er aldrig dækket. Det gælder også, hvis du har folkeregisteradresse i Danmark, men opholder dig i Grønland eller på Færøerne.

4. Brug af forsikringen

De samlede betingelser er gældende, men nærmere regler og undtagelser er beskrevet i de efterfølgende afsnit, hvorfor vi anbefaler, at du læser de samlede betingelser inden brug af forsikringen.

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i op til 24 måneder pr. sygdom/lidelse, som er nævnt i 5.2. Det er alene disse sygdomme/lidelser, som er omfattet af denne forsikring.

Følgelidelser opstået i relation til den omfattede sygdom/lidelse, eller i relation til behandling heraf, er dækket inden for samme periode. Dækningsperioden regnes fra den dag, vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Forsikringen dækker ikke tilbagefald af samme lidelse/sygdom eller følgelidelser heraf uden for dækningsperioden på 24 måneder.

4.1 Henvisning til offentligt sygehus

For at anvende forsikringen skal du være henvist til et offentligt sygehus i Danmark med henblik på udredning, undersøgelse eller behandling eller til et offentligt pakkeforløb vedrørende en af de sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter.

Vi skal bruge en kopi af din lægehenvisning, inden forsikringshjælpen kan påbegyndes.

4.2 Anmeldelsen skal godkendes

Vi skal altid godkende din anmeldelse, inden forsikringshjælpen kan påbegyndes. Til vurdering heraf skal vi bruge en kopi af henvisningen. Opfylder din anmeldelse betingelserne, vil du blive kontaktet med henblik på at etablere en indledende samtale med dig og eventuelt dine pårørende. Ved samtalen vil vi sammen afdække dit behov for hjælp.

4.3 Igangværende og planlagt undersøgelse/behandling

Anmelder du sagen på et tidspunkt, hvor du har påbegyndt et forløb eller har et allerede igangværende forløb i offentligt sygehusregi vedrørende en af de omfattede sygdomme/lidelser, starter dækningsperioden på op til 24 måneder, når vi har modtaget og godkendt din anmeldelse. Vi kan bede om, at du fremsender journaler og øvrige dokumenter fra dit sygehusforløb, så vi kan hjælpe dig bedst muligt.

4.4 Assistance ved akut indlæggelse og akut behandling

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation i vores åbningstid på hverdage.

Bliver du i løbet af din dækningsperiode indlagt akut og har behov for sundhedsfaglig rådgivning, kan du eller dine pårørende kontakte os på førstkommende hverdag. Alternativt kan du skrive til os via din skadessag, så ringer vi dig op på førstkommende hverdag.

Har du behov for akut assistance eller akut behandling, skal du eller dine pårørende rette henvendelse til din egen læge, lægevagten, akuttelefonen, skadestuen eller 112.

4.5 Sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation under udlandsophold

Forsikringen dækker alene sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation og lægerådgivning vedrørende dit offentlige sygehusforløb i Danmark. Forsikringen dækker ikke sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation eller lægerådgivning, hvis du under dit forløb befinder dig i udlandet, eller behandling eller rekreationsophold i udlandet, som det danske sundhedsvæsen har visiteret til.

4.6 Forlængelse af dækningsperiode ved udeblivelse fra sygehusaftaler og aflysning

Hvis du vælger at udeblive fra undersøgelse og behandling, og dette bidrager til forlængelse af dit samlede forløb på sygehuset, forlænges dækningsperioden ikke tilsvarende.

Hvis sygehuset aflyser din behandling uden medicinsk/sundhedsfaglig årsag hertil, og dette bidrager til en væsentlig forlængelse af dit henvisningsforløb på sygehuset, er der mulighed for rimelig forlængelse af dækningsperioden via forsikringen.

Hvis sygehuset aflyser eller udskyder din undersøgelse eller behandling af medicinske/sundhedsfaglige årsager, og dette medfører, at dit henvisningsforløb forlænges væsentligt, vil vi vurdere, om dette skal give anledning til rimelig forlængelse af dækningsperioden via forsikringen.

Dækningsperioden kan maksimalt forlænges med 4 måneder. Vurdering af forlængelse vil bero på en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der skønnes forventeligt i relation til sygdommen/lidelsen. Forlængelsen skal vurderes og godkendes af os.

4.7 Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i et forskningsprojekt

Forsikringen dækker ikke rådgivning om eksperimentel undersøgelse og behandling, undersøgelse/behandling, som ikke er endeligt godkendt af de danske sundhedsmyndigheder, eller undersøgelse/behandling foretaget som led i et forskningsprojekt.

4.8 Anmeldelse af skade

Anmeldelse skal altid ske i forsikringstiden og hurtigst muligt. Skader kan anmeldes alle hverdage på telefon 70206121.

Anmeldelse kan også ske online via vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

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

5. Hvad dækker forsikringen?

Forsikringen dækker sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation. Vores rådgivningsteam består af erfarne sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer og andet sundhedsfagligt personale. Alle har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder professionel rådgivning og navigation i det danske sundhedsvæsen.

5.1 Din kontaktsygeplejerske

Når din sagsanmeldelse er godkendt, vil du få tilknyttet en sundhedsfaglig rådgiver, en primær kontaktsygeplejerske, som vil være tilknyttet dig og din familie gennem dit offentlige sygehusforløb.

Det tilstræbes, at din kontaktsygeplejerske er den samme under hele forløbet. I tilfælde af midlertidigt eller permanent fravær (f.eks. sygdom eller barsel) sikrer vi overlevering til en ny kontaktsygeplejerske.

Din kontaktsygeplejerske bistår dig og din familie ved f.eks. at:

- Hjælpe med kontakt til sygehuset vedrørende opfølgning på din indkaldelse, herunder sikring af overholdelse af gældende udrednings-/behandlingsgarantier
- Forberede dig på mødet med sygehuset, undersøgelserne og det videre behandlingsforløb
- Deltage i lægesamtaler via digitale platforme eller telefon og være din fagligt kompetente og uafhængige bisidder
- Hjælpe med at gennemgå dine lægejournaler og undersøgelsessvar fra hospitalet
- Tilvejebringe lægefaglig rådgivning fra forsikringens egne lægekonsulenter, herunder om, hvorvidt de planlagte undersøgelser er tilstrækkelige, relevante og forventelige i relation til din sygdom eller lidelse
- Tilvejebringe klinisk rådgivning, herunder medicinrådgivning

- Bestille tider til behandling eller undersøgelse i det omfang, det offentlige sygehusvæsen tillader det
- Være behjælpelig med at bestille transport eller anden assistance, hvis du får brug for det
- Foretage omsorgsopkald til dig
- Være behjælpelig med at skabe kontakten til dit pensionsselskab, ulykkesforsikringselskab og lignende
- Kontakte kommunale instanser, hvis der er behov herfor
- Bistå dig i overgangen mellem indlæggelse og udskrivelse
- Tilvejebringe socialrådgiverbistand
- Tilvejebringe psykologisk rådgivning om alvorlig sygdom, sorg/krise
- Tilvejebringe samtale om livets afslutning.

Dit forløb indledes med en samtale, hvor vi sammen afdækker dit behov for hjælp. Der vil også være behov for, at du giver os tilladelse til, at vi må henvende os på dine vegne til de instanser, som er relevante, for at vi kan bistå dig i dit sygehusforløb. Vi vil have løbende kontakt til dig – og også dine pårørende, hvis du ønsker dette.

Vi afslutter altid dit forløb med en samtale med dig og dine pårørende, hvor I hjælpes og vejledes i den rigtige retning.

5.2 Sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter

Forsikringen omfatter følgende 20 sygdomme/lidelser:

- Kræftsygdomme, der hører under det offentlige sundhedsvæsens "pakkeforløb" – kræftpakkeforløbene sikrer ensrettet udredning og behandling, særligt tilrettelagt efter udvalgte kræftformer
- Alzheimers/demens – fremadskridende hjernesygdom, som påvirker hukommelsen og evnen til at fungere
- Hjerneblødning – blødning i hjernen
- Blodprop
- Aneurisme – udposning på pulsårer
- Hjertesvigt
- Forsnævring af kranspulsårer, som kræver bypass eller PCI (ballonudvidelse af kranspulsårer)
- AMI – blodprop i hjertet
- Sklerose – neurologisk lidelse, som angriber hjerne og rygmarv
- Hjerterytmeforstyrrelse, som kræver indopereret hjertestarter (ICD)

- Nyresvigt – tilstand, hvor nyrefunktionen er væsentligt nedsat eller ophørt
- Muskelsvind – uhelbredelig muskelsygdom, hvor muskelvævet gradvist erstattes med bindevæv
- Hiv/aids – virus, som nedbryder immunforsvaret
- ALS – uhelbredelig sygdom, som rammer hjerne og rygmarv
- Lungeemboli – blodprop i lungerne
- Parkinsons sygdom – sygdom, som ødelægger nerveceller i hjernen gradvist
- Total blindhed/døvhed – tab af syn/hørelse
- Diabetes type 1 – sukkersyge af type 1, insulinkrævende diabetes
- Postcommotionelt syndrom – langtidsfølger af mere end 24 måneders varighed efter hjerne-rystelse
- Whiplash-syndrom – kronisk piskesmæld.

Alvorlig ulykke

Forsikringen omfatter også sundhedsfaglig rådgivning, sundhedsnavigation og kontaktsygeplejerske til familien i tilfælde af en alvorlig ulykke.

5.3 Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald

Følgelidelser opstået i relation til den dækningsberettigede grundsygdom/grundlidelse, eller i relation til behandling heraf, er dækket inden for samme dækningsperiode på 24 måneder fra godkendelsen af grundsygdommen/grundlidelsen, og dækningen omfatter sundhedsfaglig rådgivning og sundhedsnavigation. Dækningsperioden regnes fra den dag, vi modtager og godkender din anmeldelse.

Der dækkes ikke tilbagefald af samme lidelse/sygdom eller følgelidelser heraf uden for dækningsperioden på op til 24 måneder pr. sygdom/lidelse.

5.4 Medlemskab af patientforening

Hvis du er, eller bliver, diagnosticeret med en af de 20 lidelser, som forsikringen dækker, vil forsikringen dække udgifter til et medlemskab af en relevant patientforening i op til 12 måneder. Dog maksimalt op til et vist rimeligt beløb fastsat og løbende reguleret af Dansk Sundhedssikring ud fra de gældende takster for patientforeninger i Danmark og den generelle prisudvikling for disse. Beløbet vil fremgå af den betalingsgaranti, som vi udsteder. Dit 12-måneders medlemskab af en patientforening har ingen indflydelse på dit forløb via forsikringen.

5.5 Rådgivning om mulighed for second opinion

Vi rådgiver og vejleder dig om mulighederne for at blive indstillet til en second opinion i offentligt sygehusregi, hvis der er sundhedsfaglig årsag hertil.

Vi kan også tilbyde, at vores læger kan gennemgå alle relevante journaler og undersøgelsesbeskrivelser for at rådgive om, hvorvidt den udredning, som er foretaget, skønnes tilstrækkelig, relevant og forventelig i relation til din sygdom eller lidelse.

5.6 DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demenssygdom (tillæggsdækning)

For tillæggsdækningen gælder de samlede forsikringsbetingelser, men også de nærmere regler og undtagelser, som fremgår af tillægget.

Ud fra en faglig vurdering dækker tillægget adgang til kviktest og screening, monitorering, forebyggelse, sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation, hvis du er i risikogruppen for at udvikle demenssygdom og har selvoplevede symptomer på demenssygdom.

Tillægget giver ikke adgang til kviktest og screening i det tilfælde, hvor din praktiserende læge har henvist dig til demensudredning i det offentlige sundhedsvæsen. Her tilbyder vi sundhedsrådgivning og sundhedsnavigation ud fra bestemmelserne i afsnit 5.1 "SundhedsNavigator og sundhedsrådgivning".

Forsikringen dækker ikke i de tilfælde, hvor der er stillet en diagnose på demenssygdom.

De nærmere bestemmelser for "DemensNavigator" fremgår af tillæg 1 "DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demenssygdom", som du finder på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

6. Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske

Kommunikationen med din kontaktsygeplejerske vil primært foregå telefonisk og som e-mail-korrespondance via din profil på vores hjemmeside.

Ved lægesamtaler, som finder sted på sygehuset, kan din kontaktsygeplejerske deltage via digitale platforme eller på medhør på telefonen. Det er også muligt, at du og din familie taler med din kontaktsygeplejerske, inden lægesamtalen finder sted, så du/I er bedst muligt forberedt på samtalen med lægen.

Sammen med din kontaktsygeplejerske aftaler I fra gang til gang, hvornår næste kontakt skal finde sted. Du har altid mulighed for at skrive til din kontaktsygeplejerske, som vil svare dig hurtigst muligt.

Du kan også ringe til vores sundhedsteam på 70206121 inden for åbningstiden på hverdage eller bede om et opkald ved at skrive til sundhedsteamet.

Det er vigtigt, at vi har de rette kontaktoplysninger om dig og de pårørende, som du ønsker, skal have information om dit forløb.

6.1 Samtykke og fuldmagt

For at kunne bistå dig bedst muligt under dit sygehusforløb kan der være behov for, at vi beder dig udfylde en samtykkeerklæring, så vi har din tilladelse til at give dine pårørende, eller andre personer navngivet af dig, oplysninger om dit sygehusforløb og din forsikringshjælp.

Et samtykke skal altid gives af dig.

Der kan også være behov for, at du giver os fuldmagt til, at vi må henvende os på dine vegne til sygehuset, ved behov for koordinering af undersøgelser, deltagelse i lægesamtaler eller kontakt til kommunale instanser, patientforeninger eller lignende. Vi orienterer dig om, hvorvidt der er behov herfor.

En fuldmagt skal altid underskrives af dig, inden den er gyldig.

7. Hvad forsikringen ikke dækker

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

- Sygdomme/lidelser, som ikke er nævnt i afsnit 5.2. Bliver der stillet en diagnose på en lidelse, som ikke er omfattet af denne forsikring, tilbydes en afsluttende rådgivningssamtale, hvor det afdækkes, om skaden skal anmeldes til anden forsikring, eller om der skal henvises til en anden instans eller behandlingsintervention.
- Eksisterende lidelser, som er opstået, før forsikringen trådte i kraft. Disse vil først være dækningsberettiget, 6 måneder efter forsikringen er indgået.
- Undersøgelse, behandling, transport, hjælpemidler, hjemmehjælp, genoptræning, recepter og medicin, og hvad vi vurderer, er svarende hertil.
- Undersøgelse og behandling på et privathospital eller en praktiserende speciallægeklinik uden for offentligt sygehusregi, hvad enten klinikken er offentlig eller privat.
- Udredning og behandling, som foregår i udlandet eller foretages af læger i udlandet.
- Rådgivning og vejledning i relation til behandling, som ikke er medicinsk godkendt, eksperimentel behandling, undersøgelse og behandling foretaget som led i forskning eller et forskningsprojekt eller undersøgelse og behandling, som ikke er foranstaltet af det offentlige sygehusvæsen og som et led i dit sygehusforløb.
- Lægelig indblanden i den af sygehuset planlagte udrednings- og behandlingsplan. Vi hjælper med at gennemse din udrednings-/behandlingsplan og bistår dig med at få afklaret spørgsmål i relation hertil.
- Komplikationer, følgelidelser, bivirkninger eller tilsvarende som følge af udredning og behandling i det offentlige sundhedsvæsen ud over de 24 måneder fra skadens godkendelse, jf. afsnit 5.3.
- Tilbagevenden af samme sygdom/lidelse og/eller tilbagefald andre steder i kroppen af samme sygdom/lidelse ud over de 24 måneder fra skadens godkendelse.
- Navigation og sundhedsfaglig rådgivning i relation til forebyggende undersøgelse/behandling samt screeninger.

- 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.
- Skade/sygdom eller følgesygdom, der skyldes generalstrejke, naturkatastrofer, manglende forsyning af elektricitet eller netværksforbindelser, medicinindtag, epidemier, pandemier, virusinfektioner og vacciner samt bivirkninger/langtidsfølger heraf.
- Skade/sygdom eller følgesygdom efter medicinindtag eller vacciner samt bivirkninger/langtidsfølger heraf.

8. Generelle bestemmelser

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 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 på sidste rettidige betalingsdag, 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.

8.3 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 ud over 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, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede præmie.

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

8.4 Opsigelse og ophør af forsikringen

Forsikringen, 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 "Min forsikring" med et varsel på løbende måned plus 1 måned. MMA kan opsiges forsikringen skriftligt med et varsel på løbende måned plus 1 måned. Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan MMA opsiges forsikringen uden varsel.

Ved manglende betaling af forsikringspræmien følges reglerne i afsnit 8.2 "Betaling af forsikringen".

Forsikringen ophører ved udgangen af en måned, hvis du ikke længere har folkeregisteradresse i Danmark.

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 efter bestemmelserne under "Opsigelse og ophør af forsikringen".

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning. Skader, 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.

Sygdom/lidelse opstået efter forsikringens ophør eller henvisninger til sygehuset, som er dateret efter forsikringens ophør, er ikke omfattet af forsikringen og dækkes ikke. Anmeldelse af en ny sag kan kun ske inden for 6 måneder efter forsikringens ophør. Lægehenvielsen skal altid være dateret i forsikringstiden. Dækningen forudsætter, at vi har fået alle nødvendige oplysninger.

Refusion af udgifter

Regninger for godkendt medlemskab af patientforening skal altid være indsendt senest 6 måneder efter betalingsdatoen, for at du er berettiget til refusion.

8.5 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sendte os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Hvis du flytter, skal vi 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 forsikringselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidier, 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.

8.6 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 indtægning, 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, ved skadesanmeldelse og i den løbende sagsbehandling for at sikre bedst mulig service og som led i salgsstyring, produktudvikling, kvalitetssikring, rådgivning og fastlæggelse af generel brugeradfærd.

Vi opbevarer de indsamlede oplysninger, så længe det er nødvendigt, og i henhold til gældende lovgivning.

Du kan altid kontakte os, hvis du ønsker at få oplyst, hvilke personoplysninger vi har registreret om dig. Du har ret til at få ændret forkerte oplysninger.

På vores hjemmeside, ds-sundhed.dk, kan du læse mere om datasikkerhed, og hvordan vi behandler dine personoplysninger.

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

8.7 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, pensionselskaber og sundhed.dk. Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

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.

8.8 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.

8.9 Forældelse

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

8.10 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: ds-sundhed.dk.

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.

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

MMA kan kontaktes ved spørgsmål om policen, betaling af præmien samt øvrige spørgsmål om forsikringen på telefon 45959675 eller på e-mailadressen mmaforsikring@mmc.com.

8.12 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 fortrydelsesfristens 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.