



Betingelser – erhverv

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	Til- og afmelding af medarbejdere	6
2.2	Karensbestemmelser	6
3.	Hvor dækker forsikringen?	6
4.	Brug af forsikringen	6
4.1	Henvisning til offentligt sygehus	7
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	8
4.7	Eksperimentel behandling eller behandling foretaget som led i et forskningsprojekt	8
4.8	Anmeldelse af skade	8
5.	Hvad dækker forsikringen?	9
5.1	Din kontaktsygeplejerske	9
5.2	Sygdomme/lidelser, som forsikringen omfatter	10
5.3	Følgelidelser, bivirkninger og tilbagefald	11
5.4	Medlemskab af patientforening	11
5.5	Rådgivning om mulighed for second opinion	11
5.6	DemensNavigator – tidlig opsporing af og screening for demenssygdom (tillægdsdækning)	11

6.	Kommunikationen mellem dig og din kontaktsygeplejerske	12
6.1	Samtykke og fuldmagt	12
7.	Hvad forsikringen ikke dækker	13
8.	Generelle bestemmelser	14
8.1	Forsikringens varighed	14
8.2	Betaling af forsikringen	14
8.3	Regulering af præmie og forsikringsbetingelser	15
8.4	Opsigelse og ophør af forsikringen	16
8.5	Oplysningspligt	17
8.6	Behandling af personoplysninger	17
8.7	Behandling af helbredsoplysninger	18
8.8	Urigtige oplysninger	18
8.9	Forældelse	18
8.10	Klagemuligheder	18
8.11	Hvis du vil vide mere	19

1. Aftalegrundlag

Disse forsikringsbetingelser er gældende fra den 1. januar 2025.

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

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

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

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

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

Definition og ordforklaring af begreber anvendt i forsikringsbetingelserne:

Selskabet

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

Forsikringstiden

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

Forsikringstager

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

Forsikrede

Den person, som er omfattet af forsikringen, i det følgende ofte 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 på det tidspunkt, der er aftalt mellem forsikringstager og Dansk Sundhedssikring.

Karensperioden begynder ved forsikringens ikrafttrædelse, jf. afsnit 2.2 "Karensbestemmelser".

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?

Forsikringen kan tegnes af virksomheder, der er registreret med CVR-nr. i Danmark, og som er beliggende i Danmark.

Forsikringen omfatter de medarbejdere, der er tilmeldt og nævnt i forsikringsaftalen, og deres familie, som er registreret på policen.

Forsikringen kan tegnes for medarbejdere eller en gruppe af medarbejdere som en obligatorisk eller frivillig ordning. Der er ingen øvre aldersgrænse for medarbejderne.

Forsikringen omfatter følgende personer:

- Dig selv
- Din ægtefælle/samlever
- Dine/din ægtefælles/samlevers biologiske børn eller adoptivbørn eller børn, som du eller din ægtefælle/samlever er juridisk forælder for, uanset om de har folkeregisteradresse hos dig eller ej.

Hvis det er tilkøbt, omfattes også 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.

De forsikrede skal være registreret på policen for at være dækket. Registreringen af de forsikrede kan ske via Mit DSS på vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

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

Den forsikrede samt medforsikrede 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 Til- og afmelding af medarbejdere

Virksomheden skal altid løbende give os besked om, hvilke medarbejdere der ønskes til- eller afmeldt forsikringen.

Der kan kun til- og afmeldes i den igangværende årsperiode og maksimalt 3 måneder tilbage i tiden. Regulering i forbindelse med årsfornyelsen, som udløser en ny faktura, kan blive pålagt et administrationsgebyr.

Virksomheden betaler for skadesudbetalinger, som Dansk Sundhedssikring har afholdt for medarbejdere, som er afmeldt tilbage i tid.

2.2 Karensbestemmelser

Der er 6 måneders karens 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. Derfor er det vigtigt, at de forsikrede er registreret på policen. 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 afsnit 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 lægehenvvisning, 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 førstkommande hverdag. Alternativt kan du skrive til os via din skadessag, og så ringer vi dig op på førstkommande 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 70206111.

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, ulykkesforsikringsselskab 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 70206111 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:

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

8. Generelle bestemmelser

Kommunikation

Vi sender breve og dokumenter digitalt. Vi anvender digitale platforme som f.eks. e-Boks, forsikringsselskabets brugerportal og mit.dk, når vi kommunikerer med dig om din forsikring. Via digitale platforme sender vi fakturaer, varslinger, præmiestigninger og lignende dokumenter om din forsikring. Når du modtager digitale breve og dokumenter, har det samme retsvirkninger, som når du får almindelig post. Det betyder, at du skal åbne og kontrollere det, vi sender til dig digitalt. Hvis du er fritaget for digital post, f.eks. for at have e-Boks, skal du give os besked herom. Vi vil derefter sende dine breve og dokumenter via e-mail eller almindelig post.

Kommunikationen med dig i forbindelse med dine anmeldte skadessager foregår enten telefonisk eller via korrespondancefunktionen på forsikringsselskabets brugerportal.

8.1 Forsikringens varighed

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

8.2 Betaling af forsikringen

Forsikringen betales første gang, når den træder i kraft. Senere betalinger følger aftalen. Vi sender en opkrævning til den oplyste e-mailadresse eller via elektronisk betalingsopkrævning. I øvrige tilfælde sender vi opkrævning til den oplyste betalingsadresse.

Hvis betalingsadressen ændres, skal vi straks have besked herom.

Månedlig betaling

For at kunne betale forsikringen månedligt er det et krav, at betalingen er tilmeldt PBS eller anden automatisk opkrævning.

Rettidig betalingsdag

Beløbet bliver opkrævet med oplysning om sidste rettidige betalingsdag.

For sen betaling

Bliver beløbet i den første opkrævning ikke betalt rettidigt, har vi ret til at bringe forsikringen til ophør uden yderligere varsel. Bliver beløbet i de efterfølgende opkrævninger ikke betalt rettidigt, sender vi det første rykkerbrev. Hvis beløbet ikke bliver betalt inden for den frist, der står i rykkerbrevet, mister forsikringstageren retten til erstatning. Hvis beløbet i det andet rykkerbrev ikke bliver betalt rettidigt, sletter vi forsikringen.

For hvert rykkerbrev, vi sender, opkræver vi et gebyr. Gebyret fremgår af vores hjemmeside: ds-sundhed.dk.

Vi har i øvrigt ret til at opkræve renter af det forfaldne beløb i henhold til renteloven samt ret til at overdrage beløbet til retslig inkasso.

Gebyr for serviceydelser

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

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

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

8.3 Regulering af præmie og forsikringsbetingelser

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

Præmien fastsættes én gang årligt ved hovedforfald. Præmiereguleringen sker på grundlag af seneste års skadesregnskab samt ændringer i nettoprisindekset eller lignende (Danmarks Statistik).

Præmiereguleringen er ikke begrænset til ændringer i nettoprisindekset og/eller lovmæssige ændringer. Reguleres præmien, kan du vælge at opsige aftalen skriftligt med en måneds varsel til periodens udløb, efter meddelelsen om fornyelsespræmien er modtaget.

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

Vi kan ud over indeksreguleringen ændre i betingelserne og/eller prisen for allerede etablerede ordninger med 1 måneds varsel til udgangen af en måned, medmindre andet fremgår af aftalen. Prisen vil blive reguleret med en procentsats fastsat af Dansk Sundhedssikring.

Hvis du ikke kan acceptere ændringerne, skal du skriftligt opsige aftalen senest 14 dage efter modtagelsen af meddelelsen om de varslede ændringer. Derefter bliver forsikringen annulleret på ændringsdagen. Opsiges aftalen ikke skriftligt, fortsætter forsikringen med de ændrede forsikringsbetingelser og/eller den ændrede pris.

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

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

8.4 Opsigelse og ophør af forsikringen

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

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

Ved tegn på svig eller ved forsøg på svig kan vi opsiges forsikringen uden varsel.

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

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 virksomheden og Dansk Sundhedssikring ophører.

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

Dækning ved ophør af forsikringen

Når forsikringen stopper, mister du retten til dækning, og der kan ikke anmeldes nye skader. Skader, der er anmeldt og godkendt i forsikringstiden, dækkes i op til 3 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.

Medforsikrede

For medforsikrede familiemedlemmer til en hovedforsikret, der er dækket under en virksomhedsordning, gælder det, at forsikringen fortsætter til den dato, hvor der er betalt dækning, i det tilfælde, hvor den hovedforsikrede træder ud af ordningen, eller ved den hovedforsikredes dødsfald.

Videreførelse af forsikringen

Hvis du ikke længere er omfattet af virksomhedsordningen, kan du efter vores regler søge om at videreføre din forsikring på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private. Dit ønske om videreførelse skal ske inden eller i direkte forbindelse med udmeldingen af den hidtidige forsikringsaftale. Videreførelsen vil da ske uden karens for eksisterende lidelser. Hvis du ikke begærer om videreførelse uden ophold, vil der ved videreførelse være 6 måneders karens for eksisterende lidelser. Medforsikrede har også mulighed for at søge om videreførelse af forsikringen på vores individuelle betingelser og med vores individuelle pris for private.

Refusion af udgifter

Regninger for godkendt medlemskab af patientforening skal altid være indsendt senest 3 måneder efter betalingsdatoen, for at du er berettiget til refusion.

8.5 Oplysningspligt

Du har pligt til at give/sende os de oplysninger, som vi finder nødvendige for at behandle sagen, så vi kan vurdere, i hvilket omfang forsikringen dækker. Hvis du flytter, skal vi have besked om dette.

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

Vi indhenter altid kun oplysninger med dit samtykke. Oplysningerne vedrører både perioden før og perioden efter forsikringens ikrafttrædelse.

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

Når du fratræder din stilling

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

Forsikringen dækker godkendte skader, der er anmeldt i forsikringstiden, i op til 3 måneder fra datoen, hvor du fratræder virksomheden. Henvisninger til sygehuset skal altid være dateret i forsikringstiden.

Vi kan kræve tilbagebetaling af udgifter til patientforening, hvis du ikke har oplyst, at du er fratrådt virksomheden, og har modtaget en betalingsgaranti til dækning af 1 års medlemskab af en patientforening.

Dobbeltforsikring

Hvis der sker ændringer i forsikringens risikoforhold, herunder dobbeltforsikring, skal vi straks have besked herom, da vi ellers kan begrænse dækningen eller helt afvise at dække skaden. Har du anmeldt skaden til en anden forsikring, skal du altid oplyse os om dette, i forbindelse med at du anmelder skaden til os. Hvis der er dækning fra et andet forsikringsselskab, vil dækningen fra denne forsikring være subsidær, og den anden dækning skal derfor anvendes først. Vi betaler ikke udgifter til skader, som der er modtaget fuld dækning for hos et andet selskab.

8.6 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 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, 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, pensionsselskaber og sundhed.dk.

Oplysningerne indhentes altid efter skriftligt eller mundtligt samtykke fra dig.

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

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

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 70206111 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.